Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/5257

10. 07. 96

Antwort
der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Regina Schmidt-Zadel, Ingrid Becker-Inglau, Dr. Ulrich Böhme (Unna), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
— Drucksache 13/3343 —

Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland

Mit der steigenden Zahl an hochbetagten Menschen nimmt auch die Zahl der Demenzerkrankungen zu. Die betroffenen Patienten benötigen mit fortschreitender Erkrankung eine immer umfangreichere Betreuung bis hin zu einer Pflege rund um die Uhr.

Diese Betreuung und Pflege wird derzeit in den meisten Fällen von Angehörigen geleistet. Die Angehörigen nehmen damit bei zunehmendem Krankheitsverlauf nicht nur eine große physische, sondern meist auch eine psychische, finanzielle und soziale Belastung auf sich.

Auch in den Alten- und Pflegeheimen nimmt der Anteil von Patienten mit Hirnleistungsstörungen zu. Dies führt zu veränderten Anforderungen an die Fachkräfte.

In der Vergangenheit wurden die mit Demenzen verbundenen Probleme beharrlich verdrängt. Die Erkrankten und ihre Angehörigen wurden und werden vielfach mit ihren Sorgen und Nöten allein gelassen. Dieser Zustand ist für die Kranken und ihre Angehörigen nicht weiter zu verantworten.

Der psychische Abbau und Verfall einer Persönlichkeit ist in jeder Altersstufe für die Betroffenen und für die Angehörigen ein schweres Schicksal, aber auch für die Gesellschaft Verpflichtung zur Betreuung und Pflege der Demenzkranken unter oftmals schwierigen Bedingungen und bei erheblichen Einschränkungen der eigenen Lebensgewohnheiten.

Aufgabe der Politik ist es, die betroffenen Menschen sowie die pflegenden Angehörigen und Fachkräfte mit den Problemen, die diese Krankheit mit sich bringt, nicht allein zu lassen, sondern Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Krankheit eingedämmt und die Belastung reduziert wird.

Vorbemerkung

Das Gehirn als Sitz des Bewußtseins, die neurophysiologischen Grundlagen seiner Funktion und die Möglichkeiten einer Zuordnung dieser beiden Ebenen sind zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses nicht nur der Neurowissenschaften gerückt. Die Weltgesundheitsorganisation hat die 90er Jahre als „Jahrzehnt des Gehirns" (Decade of the brain) bezeichnet. Besondere Aufmerksamkeit richtet sich schon seit einigen Jahren, mitangeregt durch intensive Forschungsprogramme in den USA, auf die Krankheitseinheit der Demenzen, und hier vor allem auf die Demenz vom Alzheimer-Typ, die sich seit ihrer Erstbeschreibung durch den Psychiatrieprofessor Alois Alzheimer 1906 nach einer langen Phase der Vernachlässigung zur „Krankheit des Jahrhunderts" zu entwickeln scheint. Anläßlich der 37. Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte in Tübingen hatte er zu Beginn des 20. Jahrhunderts über eine „eigenartige Erkrankung der Hirnrinde" berichtet. Am Ende des 20. Jahrhunderts eröffnen uns neue Erkenntnisse auch aus dem Bereich der Molekularbiologie, Neurophysiologie und Gentechnologie Chancen, die zugrunde lie-

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 10. Juni 1996 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

genden Funktionsstörungen und Defekte des Gehirns aufzuklären, die bisher rätselhaft geblieben sind und mit deren fatalen Auswirkungen sich immer häufiger Individuum und Gesellschaft auseinandersetzen müssen.

Der Oberbegriff Demenz vereint eine Reihe Krankheitsbilder von unterschiedlicher Ursache und Verlauf. Als gemeinsame Endstrecke diverser Schädigungsfolgen resultiert ein Abbauprozeß geistiger Leistungsfähigkeit, oftmals diffus als „Hirnleistungsstörungen" umschrieben. Ursachen und Entstehungsbedingungen der häufigsten Form, der Demenz vom Alzheimer-Typ, sind zur Zeit nicht hinreichend bekannt.

Erschütternde Bilder vom Verfall betroffener Prominenter konfrontierten auch die breite Öffentlichkeit mit der destruktiven Kraft dieser noch unheilbaren Form. Sie helfen, allmählich ein Bewußtsein zu bahnen für Art, Ausmaß und Bedeutung dieser Erkrankung in unserem alltäglichen Umfeld.

Dementielle Erkrankungen treten eindeutig alterskorreliert auf. Bei Demenz als erworbener Veränderung von Gedächtnis, Intelligenz und Persönlichkeit handelt es sich aber um eine Erkrankung mit nachweisbar schweren neurobiologischen Veränderungen im Gehirn und nicht etwa um einen regulären altersbedingten Prozeß. Mit steigendem Alter zeigt die Demenz vom Alzheimer-Typ einen wesentlich stärkeren zahlenmäßigen Zuwachs als alle anderen Demenzformen. Mit wachsender Altenpopulation muß deshalb auch mit einer zunehmenden Anzahl Demenzkranker gerechnet werden.

Ob es gelingt, über symptomatische Therapieansätze hinaus ursächliche und dauerhaft wirksame Behandlungsmöglichkeiten oder überzeugende präventive Ansätze zu erschließen, wird für die Zukunft von größter Bedeutung sein, und zwar nicht allein unter gesundheits- und sozialpolitischen, sondern auch unter volkswirtschaftlich-finanziellen Aspekten.

Die Bundesregierung hat deshalb die Problematik dementieller Erkrankungen auf dem Hintergrund der Erkenntnisse zum demographischen Wandel ganz bewußt zum Anlaß genommen, hier einen Schwerpunkt ihrer Bemühungen um die Verbesserungen der Lebensqualität Betroffener und Angehöriger zu setzen. Das Problem psychischer Erkrankungen im Alter begreift sie als zentrale Herausforderung einer integrierten Altenpolitik, deren Gestaltung zunächst eine verläßliche Datenbasis voraussetzt. Deshalb hat sie erstmals am 22. September 1993 einen Gesamtbericht zur Lage der älteren Generation vorgelegt, der über die Analyse der Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland hinaus auch auf Stellenwert und Möglichkeiten präventiver und rehabilitativer Maßnahmen verweist. Aus den damaligen Empfehlungen zur flächendeckenden Einrichtung von Tages- und Kurzzeitpflege, zur Qualifikation des Pflegepersonals sowie zur Hilfe und Unterstützung pflegender Angehöriger sind konstruktive Impulse für die Weiterentwicklung der Altenpolitik hervorgegangen.

Gezielte Erkenntnisse zu gerontopsychiatrischen Aspekten haben von der Bundesregierung geförderte Projekte der Alternsforschung erbracht. So beschäftigt sich die Berliner Altersstudie (BASE), ein interdisziplinäres Vorhaben, in der nunmehr laufenden längsschnittlichen Phase vor allem mit der Erfassung von Neuauftreten und Verlauf dementieller und depressiver Alterserkrankungen.

Zu den Schwierigkeiten einer angemessenen Versorgung demenzkranker älterer Menschen hat die Bundesregierung bereits sehr viel früher dezidiert Stellung bezogen, sowohl im Bereich Psychiatrie als auch im Bereich Altenhilfe. Nachdem der 1975 veröffentlichte Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Drucksache 7/4200) bereits eine kritische Bestandsaufnahme auch der Gerontopsychiatrie enthielt, ging es dem auf den Ergebnissen der Enquete basierenden Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung (1980 bis 1985) in erster Linie um die Umsetzung grundsätzlicher Veränderungen psychiatrischer Versorgung, insbesondere um die Schaffung eines Systems differenzierter und gestufter Hilfen in einem flächendeckenden komplementären Versorgungsnetz, wobei auch die Interessen demenzkranker älterer Menschen mitberücksichtigt wurden. Schließlich hat sich die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich 1988 in ihren Empfehlungen auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung (Drucksache 11/8494) auch zur Problematik psychisch kranker alter Menschen geäußert. Ergebnisse epidemiologischer und klinischer Forschungsvorhaben im Rahmen des 1986 eingerichteten Forschungsschwerpunktes „Psychische Gesundheit im Alter" sowie neue Erkenntnisse zu Ursachen und Risikofaktoren, zu Entstehungsbedingungen und möglichen ursächlichen Therapieansätzen der Demenz haben weitere grundlegende und hilfreiche Erkenntnisse erbracht. Verstärkte Grundlagen- und Versorgungsforschung von Altersdemenzen sind Schwerpunkte des Gesundheitsforschungsprogramms 2000 geblieben. Die Bundesregierung hat die Erkenntnisse aus Forschung und Modellprojekten auch der vergangenen Jahre kontinuierlich in ihre Politik einbezogen. Mit der Antwort auf die Große Anfrage „Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland" (Drucksache 12/4016) hat sie 1992 Rechenschaft auch über den Stand gerontopsychiatrischer Versorgung abgelegt.

Die Bundesregierung hat gehandelt, indem sie mit den Bestimmungen des SGB V und SGB XI gesundheits- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen gesetzt hat, welche auch die Situation demenzkranker älterer Menschen und die ihrer Angehörigen verbessern. Die darin festgeschriebenen Grundsätze der „Rehabilitation vor Pflege" und „ambulant vor stationär" unter Berücksichtigung der Gleichstellung psychischer mit somatischer Erkrankungen sind hier richtungsweisend, um eine Infrastruktur der Versorgung aufzubauen, Qualitätsstandards zu garantieren und pflegende Angehörige zu entlasten und abzusichern.

In Heimen, wo zunehmend hochaltrige multimorbide und demenzkranke Bewohner betreut und gepflegt

werden müssen, gewährleistet die Heimpersonalverordnung seit 21. Juli 1993 einen 50%igen Anteil an Fachkräften. Eine Novellierung des Heimgesetzes wird darüber hinaus Verbesserungen für den Personenkreis demenzkranker älterer Menschen bringen.

Eine weitere wichtige Hilfe für die Verbesserung der Lage demenzkranker älterer Menschen stellt das 1992 in Kraft getretene Betreuungsgesetz dar. Es ist vorrangig darauf ausgerichtet, die Rechtsposition des einzelnen soweit wie möglich zu schützen, unnötige Eingriffe zu vermeiden, Rechtsgarantien zum Schutz der Betroffenen im Verfahren zu bieten und das Selbstbestimmungsrecht derjenigen, die einen Betreuer haben, zu erhalten und zu stärken. Durch das Erfordernis der persönlichen Betreuung wird sichergestellt, daß verbleibende Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung gefördert und Wünsche der Betroffenen soweit wie irgend möglich berücksichtigt werden.

Zu den im ambulanten wie stationären Bereich in die Versorgung Demenzkranker einzubindenden Fachkräften gehören im besonderen Maße auch die Ärzte. Früherkennung, Beratung und therapeutische Begleitung auf der hausärztlichen Ebene werden durch die Gewichtung der Abrechnungsziffern für „sprechende Medizin" in den novellierten Honorarverzeichnissen begünstigt. Die 1992 eingerichtete Qualifikationsmöglichkeit einer fakultativen Weiterbildung in klinischer Geriatrie sieht im Katalog der inhaltlichen Weiterbildungskriterien auch Nachweise gerontopsychiatrischer Qualifikation vor.

Vieles ist bereits für eine Verbesserung der Lebensqualität demenzkranker Menschen auf den Weg gebracht worden. Die gerontopsychiatrische Versorgung, insbesondere die Versorgung demenzkranker älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, hat inzwischen einen Entwicklungsstand erreicht, der einen Vergleich mit europäischen Nachbarländern grundsätzlich nicht zu scheuen braucht. Allerdings weisen Versorgungs- wie Betreuungsangebote noch Lücken auf. Fach- und Selbsthilfeverbände müssen sich deshalb zunehmend in Kommunikation, Kooperation und Planung konstruktiv und organisationsübergreifend einbringen, um weitere Fortschritte zu erzielen. Vor allem wird es jedoch für die zukünftige Entwicklung von erheblicher Relevanz sein, wie Demenzerkrankungen in der Öffentlichkeit wahrgenommen und bewertet werden. Wenn auch infolge demographischer Entwicklung die Häufigkeit demenztypischer Erkrankungen steigt und Versorgungslücken wie -probleme deutlich werden läßt, welche auch der Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel" des Deutschen Bundestages (Drucksache 12/7876) aufzeigt, hält es die Bundesregierung weder für gerechtfertigt noch für hilfreich, das Schlagwort einer „Demenzepidemie" zu benutzen. Der Weg in eine verantwortungsvolle öffentliche Diskussion würde weiter verzögert, Vorurteile zementiert und Betroffene ausgegrenzt. Eine voreilige und fälschliche Psychiatrisierung der Hochbetagten darf nicht Mittel zum Zweck werden.

Hier ist jeder Einzelne aufgefordert, vorhandene Informations- und Beratungsangebote zu nutzen und aktiv mitzuwirken an einer positiven atmosphärischen Veränderung des gesamtgesellschaftlichen Klimas in bezug auf dieses Krankheitsbild.

Die Bundesregierung beabsichtigt, diesen Prozeß gezielt zu fördern und durch Forschung, Modellprojekte und gesetzliche Regelungen weiter auf einem Weg voranzugehen, der Bewußtsein für die besonderen Bedürfnisse demenzkranker älterer Menschen wecken soll. Sie wird diese Maßnahmen mit einem Schwerpunktprogramm zusammenfassen und begleiten.

1. Wie viele Menschen in der Bundesrepublik Deutschland leiden an einer Demenzerkrankung?

Die Zahl der Demenzkranken läßt sich nur innerhalb breiter Grenzen beziffern, da es keine Gesundheitsstatistik gibt, der entsprechende Daten entnommen werden können. Die vorliegenden Kenntnisse beruhen auf den Ergebnissen von epidemiologischen Feldstudien an Zufallsstichproben aus der Bevölkerung. Diese Studien beschränken sich in der Regel auf eng umschriebene geographische Räume und auf relativ kleine Stichproben von einigen hundert bis zu wenigen tausend Personen. Die Resultate aus Einzelstudien können nicht ohne weiteres verallgemeinert werden, da sie Zufallseinflüssen und regionalen Besonderheiten unterliegen können und nicht zuletzt von den Untersuchungsmethoden und den diagnostischen Kriterien geprägt sind.

Ein besonderes Problem stellt die Frage des Krankheitsschweregrades dar. Man unterscheidet im allgemeinen zwischen leichten, mittelschweren und schweren Demenzen. Unter schweren Demenzen werden Krankheitsstadien verstanden, in denen der Patient in keiner Weise mehr zur Bewältigung auch der einfachsten alltäglichen Anforderungen imstande ist, sondern permanente grundpflegerische Versorgung benötigt. Im mittelschweren Stadium kommen Patienten nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht. Einige Fähigkeiten können noch erhalten sein, der Patient ist jedoch auf ständige Beaufsichtigung und Anleitung angewiesen. Diese beiden Stadien kennzeichnen die Gruppe der Erkrankten, die hohen Hilfs- und Versorgungsbedarf hat. Nahezu ausnahmslos handelt es sich dabei um irreversibel verlaufende, bis zum Tod andauernde Beeinträchtigungen. Im Gegensatz dazu spricht man von einem leichten Schweregrad, wenn zwar zweifelsfrei erworbene kognitive Störungen vorliegen, die die Bewältigung schwierigerer Anforderungen kaum noch erlauben oder zumindest erheblich einschränken, die aber noch nicht so ausgeprägt sind, daß die Betroffenen im Alltag von anderen Personen abhängig sind. In dieser Phase ist also der Versorgungsbedarf noch gering. Außerdem scheint es sich, wie Längsschnittuntersuchungen zeigten, nur in bis zur Hälfte der Fälle tatsächlich um rasch voranschreitende Demenzprozesse zu handeln. Ein großer Anteil der Betroffenen weist über Jahre hinweg keine nennenswerten Verschlechterungen der Leistungsfähigkeit auf; in einigen Fällen kommt es sogar zu geringfügigen Verbesserungen. Leichte Demenzen sind somit nicht durch-

gängig den Frühstadien progredienter Erkrankungen gleichzusetzen.

Als Basis für eine Schätzung der Krankenzahlen kann eine Reihe von Metaanalysen dienen. Außerdem wurden in den letzen Jahren zwei großangelegte, methodisch anspruchsvolle Untersuchungen an sehr großen Stichproben in Kanada (CSHA 1994) und in Rotterdam (Ott et al. 1995) durchgeführt, deren Ergebnisse vermutlich auf die Bundesrepublik Deutschland übertragbar sind.

Auf der Grundlage von vier kleineren in Deutschland durchgeführten Studien (Studienorte waren Mannheim, Duderstadt und eine Region in Oberbayern) errechneten Häfner und Löffler (1991) ein Schätzmodell für mittelschwere und schwere Demenzen, wonach bei Übertragung auf die Altenbevölkerung Deutschlands von etwa 610 000 erkrankten über 65jährigen auszugehen wäre. Es ist anzunehmen, daß die Zahl der Betroffenen damit unterschätzt wird, da die Datenbasis für die Berechnung altersspezifischer Prävalenzen oberhalb von 80 Jahren zu schmal war.

Nach der von Jorm et al. (1987) vorgenommenen Analyse aller bis zum Jahre 1985 weltweit durchgeführten Studien wäre eine Zahl von mittelschwer und schwer dementen über 65jährigen in Höhe von 780 000 zu erwarten. Die Daten aus der von der Europäischen Gemeinschaft geförderten Reanalyse aller europäischen Studien aus den 80er Jahren (Hofmann et al. 1991) deuten darauf hin, daß in der Bundesrepublik Deutschland zu diesem Zeitpunkt etwa 850 000 Ältere an einer Demenz erkrankt waren. In dieser Zahl dürfte ein gewisser Anteil von leichten Demenzen enthalten sein. Eine Metaanalyse von Ritchie & Kildea (1995) läßt etwa 890 000 Erkrankte vermuten, während nach den Studien in Rotterdam und Kanada unter Einschluß der leichten Demenzen bei der gegenwärtigen Altersstruktur in der Bundesrepublik Deutschland mit 990 000 dementen alten Menschen bzw. mit 1,06 Millionen gerechnet werden müßte.

Da Demenzen unterhalb von 65 Jahren relativ selten auftreten, ist eine Schätzung mit großer Unsicherheit behaftet. Nach allen vorliegenden Resultaten darf man im Altersbereich zwischen 40 und 64 Jahren von einer Gesamtprävalenz von wahrscheinlich weniger als 0,1 % und höchstenfalls 0,2 % ausgehen. Die Zahl der Kranken dürfte somit weniger als 30 000 betragen und keinesfalls über 50 000 hinausgehen. Ausreichende Untersuchungen zur Vorkommenshäufigkeit in dieser Altersgruppe fehlen.

Zusammenfassend ergibt sich daraus, daß die Gesamtzahl der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland unter Berücksichtigung vorstehend genannter Vorbehalte zwischen 720 000 und 850 000 liegen dürfte, wenn man nur die mittelschweren und schweren Stadien betrachtet. Wenn man auch die leichten Stadien einbezieht, beträgt die Gesamtzahl etwa 1,2 Millionen. Allerdings können auch weit höhere Schätzungen von bis zu 1,5 Millionen (inklusive leichte Demenzen) nicht mit letzter Sicherheit zurückgewiesen werden.

2. Um welche Demenzerkrankungen handelt es sich, und wie ist die Verteilung nach Alter und Geschlecht?

Der Oberbegriff Demenz umfaßt eine Reihe von Krankheitsbildern von unterschiedlicher Ursache und Verlauf. Als gemeinsame Endstrecke verschiedener Schädigungsfolgen beinhaltet er einen allgemeinen Abbau geistiger Leistungsfähigkeit. Diese Auswirkungen werden auch häufig als Hirnleistungsstörungen beschrieben. Ursächlich können neurodegenerative Krankheiten pathogenetisch wie ätiologisch unterschiedlichster Art sein, aber auch Stoffwechsel- und Gefäßprozesse oder Folgen mechanischer oder toxischer Angriffe am Neuron, der kleinsten Einheit des Nervensystems.

Bei der Demenz als globale, erworbene Beeinträchtigung der höheren kortikalen Funktionen wie Gedächtnis, Intelligenz und Persönlichkeit handelt es sich um eine Erkrankung mit nachweisbar schweren neurobiologischen Veränderungen im Gehirn, nicht um einen regulären, lediglich altersbedingten Abbauprozeß. Der Zustand ist oft irreversibel und fortschreitend. Er mündet während eines fünf- bis zehnjährigen Verlaufs in Abhängigkeit und schwerste Pflegebedürftigkeit.

Es gibt mindestens 60 verschiedene Demenzerkrankungen. Üblicherweise stellt man innerhalb der Gesamtheit der Demenzerkrankungen die primären degenerativen Demenzen den sekundären Formen gegenüber. Während letztere Folgeerscheinungen anderer Grunderkrankungen und somit auch besser zu behandeln oder sogar heilbar sind, ist eine ursächliche Therapie der primären degenerativen Demenzen noch nicht möglich. Ihr Anteil an den Gesamterkrankungen liegt jedoch bei 90 %. Neben der Demenz vom Alzheimer-Typ, die nach klinischen, neuropathologischen und epidemiologischen Studien mit 50 % bis 60 % überwiegt, folgen mit etwa 15 % bis 20 % Demenzen, die durch Gefäßerkrankungen bedingt sind (vaskulärer Typ) und mit etwa 15 % der gemischt vaskulär-degenerative Typ.

Zur erstgenannten Gruppe gehören neben der Alzheimer-Erkrankung selbst noch eine Reihe anderer, spezieller Demenzformen (die Demenz mit argyrophilen Körnchen und die Demenz mit Lewy-Körperchen), deren Vorkommen auf etwa 20 % der zur Autopsie kommenden Fälle mit seniler Demenz geschätzt wird. Zu den gefäßbedingten Formen zählen die Multi-Infarkt-Demenz sowie die Demenz bei subkortikaler mikroangiopathisch-arteriosklerotischer Encephalopathie (Morbus Binswanger).

Mit 5 % bis 15 % werden sekundäre Demenzformen angetroffen, die auf eine Vielzahl unterschiedlicher Ursachen zurückgehen und unter denen quantitativ vor allem die Parkinsondemenz und Alkoholdemenzen von Bedeutung sind.

In der EURODEM-Studie (Hofman et al. 1991: EU Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia) entfielen beispielsweise auf die Alzheimer-Krankheit 58 % der Erkrankungen, auf gefäßbe-

dingte Demenz und Mischformen 31,5 % und auf sekundäre Demenzen oder nicht näher spezifizierbare Formen 10,5 %. Bei Berücksichtigung auch leichter Krankheitsstadien steigt der Anteil der Alzheimer-Krankheit in einigen Untersuchungen auf Werte von mehr als 70 % an. In der Rotterdam-Studie (Ott et al. 1995) wurden 71,5 % aller Demenzen der Alzheimer-Krankheit zugeordnet, 16 % den gefäßbedingten Demenzen, 6,3 % der Parkinsondemenz und 5,1 % sonstigen Formen.

Alter stellt den bedeutendsten Risikofaktor für das Auftreten von bis zu 80 % aller Demenzen dar. Die Demenz vom Alzheimer-Typ zeigt dabei mit steigendem Alter einen wesentlich stärkeren Häufigkeitszuwachs als alle anderen Demenzformen. Genetisch bedingte Frühformen der Alzheimer-Erkrankung machen insgesamt nur etwa 5 % bis 10 % der Fälle aus. Bis zum 90. Lebensjahr ist mit einem exponentiellen Anstieg der Erkrankungshäufigkeit zu rechnen. Während in der Altersgruppe der 65- bis 70jährigen noch mit einer Häufigkeit von weniger als 3 % zu rechnen ist, liegt sie bei den über 90jährigen für mittelgradige und schwere Demenzen bei etwa 33 %, bei Einschluß auch der leichten Demenzen um 50 %. Dabei ist noch nicht endgültig geklärt, ob sich die Zunahme der Diagnosehäufigkeit (Prävalenzrate) in noch höherem Alter verlangsamt. Ob der relative Überhang der Alzheimer-Erkrankung zu Lasten anderer Demenzformen im höheren Alter einen Selektionseffekt von Übersterblichkeit älterer Menschen mit Risikofaktoren für vaskuläre Demenzen darstellt, ist noch ungeklärt.

Betrachtet man die alters- und geschlechtsbezogene Verteilung der absoluten Zahl von Demenzen, so wird deutlich, daß allein aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen etwa 30 % aller Erkrankungen auf Männer, hingegen 70 % auf Frauen entfallen. Unterhalb von 75 Jahren erkranken allerdings mehr Männer als Frauen. Bei Männern werden tendenziell häufiger vaskuläre Demenzen und Mischformen festgestellt, bei Frauen überwiegt die Demenz vom Alzheimer-Typ. Bei den Geschlechtsdifferenzen handelt es sich jedoch zunächst um ein statistisches Phänomen, welches sich auch dann relativiert, wenn zusätzlich die Variable Bildung mitberücksichtigt wird.

So legen verschiedene Studien nahe, daß das Risiko, an einer Demenz, insbesondere vom Alzheimer-Typ, zu erkranken, mit ansteigendem Ausbildungsstand abnimmt (Rotterdam-Studie: Ott et al. 1995, Zhang et al. 1990, van Duijn et al. 1991, Katzmann 1991).

Als Erklärung werden neben der Möglichkeit, leichtgradige Demenzzustände bei Personen mit höherer Bildung eher zu übersehen, vor allem bessere Reservekapazitäten des Gehirns mit einem Mehr an Kompensation herangezogen.

Der Mehrheit der heute hochbetagten Frauen mit Schulbesuch vor dem Ersten Weltkrieg fehlte aber in der Regel die Chance, das Ausbildungsniveau der altersgleichen Männer zu erreichen. Wird diese Differenz durch eine rechnerische Korrektur ausgeglichen, entfallen geschlechtsspezifische Erkrankungsraten.

3. Liegen Erkenntnisse darüber vor, daß die Alzheimer Demenz als heterogene genetische Erkrankung in der Bevölkerung zunimmt, und heben sich regionale Unterschiede in der Häufigkeit wie auch in bezug auf Geschlecht und Alter ab?

Die Häufigkeit der Demenz vom Alzheimer-Typ hat in den vergangenen Jahrzehnten eindeutig zugenommen. Diese Tatsache ist jedoch vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen zu sehen. Mit wachsendem Anteil der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung muß deshalb auch mit einer weiter zunehmenden Anzahl Demenzkranker gerechnet werden. Eher vorsichtigen Schätzungen zufolge wird die Krankheitshäufigkeit bis ins Jahr 2020 um 30 % zunehmen. Daß die Neuerkrankungsraten (Inzidenz) angestiegen sind, läßt sich aus den vorliegenden Forschungsergebnissen nicht ableiten. Außer einer Statistik der Todesursachen, welche aus verschiedenen Gründen nur unzuverlässig und lückenhaft Auskunft geben könnte, existieren andere Datenquellen, die über die Zeit vergleichbar wären, nicht. Insgesamt betrachtet gibt es keinerlei überzeugende Belege für zeitliche Veränderungen des Krankheitsrisikos, weder für eine Zunahme noch für eine Abnahme. Allerdings ist die Datenlage zur Beurteilung dieser Frage völlig unzureichend. Auch stehen keine Daten zur Verfügung, welche verläßliche Aussagen zu regionaler Häufigkeit erlauben würden. Das gilt auch in bezug auf Geschlecht und Alter in diesem Zusammenhang. Grundsätzlich muß man davon ausgehen, daß regionale Differenzen in Abhängigkeit von Faktoren der Bevölkerungszusammensetzung (Fertilität, Mortalität, Migration) stehen.

Humangenetische Forschung hat ergeben, daß offenbar eine ganze Reihe von Genen zu Demenzerkrankungen vom Alzheimertyp beiträgt, in einigen Fällen über einen autosomaldominanten Erbgang, in anderen Fällen multifaktoriell. Familiär gebundene Frühformen der Erkrankung, die in der Regel bis etwa zur vierten Lebensdekade auftreten, spielen mit 5 % bis 10 % eine allerdings nur untergeordnete Rolle. Zu Trends und regionalen Unterschieden genetischer Dispositionen über einen längeren Zeitverlauf liegen Erkenntnisse nicht vor. Dies ist schon allein dadurch bedingt, daß vergleichbare genetische Befunde aus früheren Zeiten nicht vorhanden sind.

4. Welche Prognosen liegen der Bundesregierung über die voraussichtliche Zunahme von Demenzerkrankungen bis zum Jahr 2010 vor?

Prognosen zur Anzahl Demenzkranker stützen sich auf die Annahme einer gleichmäßigen Weiterentwicklung bisheriger demographischer Veränderungen sowie auf die Annahme einer konstanten altersbezogenen Häufigkeit des Neuauftretens der Erkrankung. Weiterhin geht man grundsätzlich von einem exponentiellen Wachstum der Erkrankungshäufigkeit bis zum Ende der individuellen Lebensspanne aus, was bedeutet, daß sich die vorhergesagte Zahl der Kranken mit

wachsender Zahl älterer Menschen erhöht und dann überproportional zunimmt, wenn der Zuwachs von Älteren vor allem in den höchsten Altersstufen erwartet wird. Legt man diese Daten Modellrechnungen zugrunde, erlauben sie Aussagen über die Wahrscheinlichkeit der Veränderung der Anzahl Demenzkranker bis ins Jahr 2040.

So haben Jorm et al. (1988) in ihrer Studie von grundlegender Bedeutung auf der Basis eines Schätzmodells für 29 Länder den prozentualen Anstieg von Demenzkranken ausgehend von 1980 bis zum Jahre 2025 errechnet. Dabei zeigte sich, daß die Entwicklung in den einzelnen Ländern, bedingt durch demographische Prozesse, sehr unterschiedlich verlaufen wird. Der relative Anstieg für die frühere Bundesrepublik Deutschland würde sich demnach in diesem Zeitraum auf etwa 40 % belaufen. Häfner und Löffler (1991) vermochten diese Zahlen im wesentlichen zu bestätigen. Sie errechneten, ausgehend vom Jahre 1989, für die alten Bundesländer einen Anstieg der Demenzkranken um knapp 30 % bis zum Jahre 2010 und um 52 % bis zum Jahre 2040.

Aus Sicht des Jahres 1996 ist bis zum Jahre 2010 mit einem Anstieg in einer Größenordnung zwischen 20 % bis 25 % zu rechnen unter der Annahme, daß die Altenbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland in den noch verbleibenden 14 Jahren stetig zunehmen wird, die Sterblichkeit jedoch gleich bleibt. Das bedeutet in absoluten Zahlen einen Anstieg um 150 000 bis 270 000 weitere Demenzkranke. Insgesamt wird man dann mit Zahlen im Bereich von 1,6 bis 1,7 Millionen im Gegensatz zu momentan 1,2 Millionen zu rechnen haben.

Unwägbarkeiten liegen allerdings in einer möglicherweise geringeren Sterblichkeitsrate sowie einer zukünftigen Verlängerung der Überlebenszeit Demenzkranker.

5. Sind der Bundesregierung soziale Faktoren, Umweltfaktoren oder andere benennbare Faktoren bekannt, die zu einem gehäuften Auftreten von Demenzerkrankungen führen?

   Welche Möglichkeiten der Prävention ergeben sich aus diesen Erkenntnissen?

Eine Reihe sozialer und Umweltfaktoren wird für die verschiedenen Demenzerkrankungen mit unsicherer oder fehlender empirischer Datenlage diskutiert. Auf der anderen Seite konnten verschiedene biologische Risiko- bzw. Schutzfaktoren identifiziert werden.

Abgesehen von den spezifischen Demenzformen mit ihren jeweils eigenen Risikofaktoren ist unter den häufigsten Demenzen zwischen der Alzheimer-Krankheit und den vaskulären Demenzen zu unterscheiden. Bei den Risikofaktoren für die vaskulären Demenzen scheint es sich um dieselben zu handeln, die generell das Erkrankungsrisiko für Arteriosklerose beeinflussen, nämlich Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen und Nikotinmißbrauch. Geeignete Präventionsmaßnahmen bestehen deshalb vor allem darin, diese Risikofaktoren zu vermindern oder zu vermeiden.

Eine Vielfalt von Hypothesen befaßt sich mit der Entstehung der Demenz vom Alzheimer-Typ. Sie reichen von Virustheorien über immunologische Thesen, Neurotoxin- und Radikalenschäden bis zu negativen Einflüssen durch starken Streß und zu Einflüssen der prämorbiden Persönlichkeit.

Wichtigster Risikofaktor ist zweifellos das Alter: Zwischen 60 und 90 Jahren erhöht sich das Erkrankungsrisiko um das 30- bis 50fache. Daneben wird dem genetischen Faktor eine gewisse Bedeutung zugeschrieben. Für einen sehr geringen Anteil von Frühdemenzen sind Veränderungen des Erbmaterials (deterministische Genmutationen auf den Chromosomen 1, 14 und 21) identifiziert. Außerdem ist mit der speziellen Form eines Transporteiweißes für Cholesterin, dem Apo-Lipo-Protein E, ein Faktor bekannt, der das Risiko einer Erkrankung insbesondere im späteren Lebensalter beträchtlich erhöht, ohne jedoch zwangsläufig die Erkrankung herbeizuführen. Dieses Eiweiß kann je nach genetischer Konstellation in drei verschiedenen Varianten vorliegen. Von diesen hat lediglich der Typ E 4 signifikanten Einfluß auf das Demenzrisiko. Ein gewisser Einfluß wird hirntraumatischen Faktoren zugeschrieben, ebenso wird ein Effekt von Schilddrüsenstörungen und Alkoholmißbrauch diskutiert. Eine Studie (Sobel et al. 1995) meint sogar einen Zusammenhang mit elektromagnetischen Feldern zu erkennen. Geschlecht, Bildung, sozioökonomischer und ehelicher Status scheinen ebenfalls einen gewissen Einfluß zu nehmen. Unklar ist, wie diese Zusammenhänge zu erklären sind. Untersuchungen zum komplexen Zusammenwirken aller bekannter Faktoren werden deshalb künftig von besonderem Interesse sein.

Präventionsmöglichkeiten in bezug auf die Demenz vom Alzheimer-Typ erschöpfen sich aufgrund der ungeklärten Ätiologie und Pathogenese in allgemeinen Empfehlungen zur gesunden Lebensführung. Neben den rein medizinischen Aspekten wird vor allem der Psychohygiene und einer aktiven, sozial eingebundenen Lebensführung ein bestimmender Stellenwert eingeräumt. Ergebnisse neuer gerontologischer Forschungsprojekte, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert, lassen Zusammenhänge einer Kombination psychomotorischer Übungsprogramme, Gedächtnisübungen und Alltagskompetenztraining mit dem Erhalt geistiger Beweglichkeit vermuten. Ob das ein geeigneter Weg von Primärprävention sein kann, werden weiterführende Untersuchungen erweisen müssen.

Möglicherweise von präventivem Nutzen sind sog. Radikalfänger. Dabei handelt es sich um Faktoren wie z. B. Vitamine, welche die im Stoffwechsel älterer Menschen vermehrt anfallenden aggressiven Teilmoleküle binden und damit entschärfen. Lediglich als Hinweis auf potentielle Schutzfaktoren können mehrfach bestätigte Befunde gewertet werden, welche einen Zusammenhang von Einflüssen wie Nikotin, nicht-steroidale entzündungshemmende Substanzen („Rheumamittel") sowie Östrogensubstitution bei

Frauen nach der Menopause mit einer Abnahme des Demenzrisikos registrieren.

Diese Hinweise erscheinen teilweise widersprüchlich (Nikotin) und bedürfen noch sorgfältiger Klärung durch weiterführende Untersuchungen.

Sie dürfen in Anbetracht des ihnen zugleich innewohnenden Gefährdungspotentials keinesfalls als Präventivempfehlung mißverstanden werden.

6. Wie ist der Stand der epidemiologischen Forschung, der Ursachenforschung und der klinischen Forschung auf dem Gebiet der Demenzerkrankung und speziell der Alzheimer-Erkrankung?

Weltweit werden große Anstrengungen unternommen, um die Demenzforschung voranzutreiben. Insbesondere in den USA werden sehr gezielt erhebliche Mittel für die Entwicklung umfassender Programme gerade zur Lösung des facettenreichen Problems der Alzheimerschen Krankheit bereitgestellt. Aufgrund seiner organisatorischen und seiner in den vergangenen zehn Jahren aufgebauten Forschungsinfrastruktur ist das National Institute on Aging (NIA) eine staatliche Institution, die in Koordination mit ihren jeweils wieder miteinander in Verbindung stehenden und multidisziplinär orientierten Alzheimerzentren spezifische Schwerpunkte der Erkrankung bearbeitet. Dabei geht es in der Grundlagenforschung um ein weitergehendes Verständnis von Ursachen (Ätiologie) und Entwicklungsmechanismen (Pathogenese), in der angewandten Forschung um eine Verbesserung von Erkennung (Diagnostik) und Behandlung (Therapie) sowie um eine Optimierung der Bedingungen von Versorgung, Betreuung und Begleitung Betroffener wie Angehöriger.

Auch in der Bundesrepublik Deutschland sind in den vergangenen Jahren die Forschungsbemühungen auf dem Gebiet der Demenzerkrankungen deutlich verstärkt worden. Sie werden in Anbetracht der demographischen Veränderungen zukünftig einen noch gewichtigeren Stellenwert einnehmen. Sowohl zum Thema Epidemiologie als auch zur Ursachenforschung und zur klinischen Forschung arbeiten mehrere Forschergruppen an verschiedenen Standorten.

Im einzelnen ist zu den oben aufgeführten Schwerpunkten folgender Stand festzuhalten:

— *Epidemiologie*

In vielen Ländern sind umfangreiche Studien gefördert worden, vor allem in Skandinavien, Kanada, den USA, den Niederlanden, Frankreich, Japan und Großbritannien. Ergebnisse einzelner dieser Studien sowie aus Metaanalysen sind bereits in den Antworten auf die Fragen 1 bis 3 behandelt worden. In Deutschland sind bisher nur kleinere Studien eher deskriptiven Charakters durchgeführt worden. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, daß Demenzen in Deutschland ähnlich verbreitet sind wie in anderen industrialisierten Ländern. Untersuchungen zur analytischen oder zur experimentellen Epidemiologie sind hingegen noch kaum in Angriff genommen worden.

— *Ursachenforschung*

Für Demenzerkrankungen im Rahmen einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung, einer HIV-Infektion, der Chorea Huntington, des Morbus Wilson, des Normaldruck-Hydrozephalus sowie für sämtliche anderen sekundären Demenzen können die Ursachen als gesichert festgestellt werden. Es handelt sich hauptsächlich um infektiöse und genetische Grunderkrankungen. Bei den gefäßbedingten (vaskulären) Demenzen darf davon ausgegangen werden, daß Hauptursachen allgemeine zerebro-vaskuläre Risikofaktoren – wie erhöhter Blutdruck, erhöhte Blutfettwerte, Störungen des Blutzuckerstoffwechsels und Nikotinmißbrauch, aber ebenso auch hohes Alter – darstellen. Für einen geringeren Anteil dieser Demenzformen werden entzündliche und immunologische Erkrankungen verantwortlich gemacht. Hierdurch werden jedoch insgesamt nur 20% der Demenzerkrankungen im höheren Lebensalter abgedeckt. Gerade für die häufigste Erkrankung, die Alzheimersche Krankheit, sind Ursachen und Entwicklungsbedingungen noch nicht vollständig aufgeklärt. Genetische Faktoren mit chromosomalen Veränderungen (Chromosomen 21, 14, 19 und 1) spielen eine Rolle. Weit über 90% der Fälle folgen jedoch keinem gesicherten Erbgang.

Erkenntnisse zur Krankheitsentstehung tragen auch die typischen neuropathologischen Veränderungen bei, die mit der Demenzentwicklung einhergehen. Es kommt zu einer Verringerung der Kontaktflächen zwischen den neuronalen Elementen und einer Vermehrung von Eiweißablagerungen (Neurofibrillen, Amyloidplaques). Sie führen zum Untergang der Nervenzellen und zu einer Störung der Verbindungen zwischen ihnen. Spezifische Immunprozesse scheinen zumindest bei der Bildung von Plaques eine Rolle zu spielen. Entsprechend lassen sich begleitende Entzündungszeichen im Umfeld von Gefäßen nachweisen. Die Eiweißablagerungen entstehen aus einem Vorläuferstoff, der physiologischerweise vorhanden ist und wahrscheinlich für Kontakte von Zelle zu Zelle sowie für die Vermittlung von schützenden Signalen verantwortlich ist. Dieses Eiweiß verklumpt erst dann in typischer Art und Weise, wenn es falsch gespalten wird. Der Prozeß selbst, Aufbau und Zusammensetzung der Eiweißstoffe sind inzwischen bekannt, auch eine Auflösung der Eiweißablagerungen unter Laborbedingungen ist möglich. Der Auslöser des fatalen und als fehlgeleiteter Reparaturversuch des Organismus verstandenen Ablaufs steht aber noch nicht fest.

Veränderungen lassen sich nicht nur neuropathologisch, sondern ebenfalls auf neurobiochemischer Ebene nachweisen, u. a. im Glucose- und damit Energiestoffwechsel des Gehirns sowie in einzelnen Neurotransmittersystemen (Botenstoffsysteme, z. B. cholinerger, adrenerger, noradrenerger, serotonerger und glutaminerger Art). Deshalb werden ursächlich auch primäre Störungen des Energiestoff-

wechsels, insbesondere bestimmter Zellorganellen (Mitochondrien), und Einflüsse neurotoxischer Prozesse, z. B. über freie Radikalbildungen, diskutiert. Die bisher bekannten Neurotransmitter sind in unterschiedlicher Ausprägung in den Erkrankungsprozeß einbezogen.

— *Klinische Forschung*

Die große Gruppe der Demenz vom Alzheimer-Typ ist noch nicht heilbar, aber behandelbar. Deshalb sind grundlegende Fragen von Früherkennung und Frühsymptomatik sowie Verlaufscharakteristika und Bedingungen der Erkrankung von besonderer Bedeutung. Bisherige Erkenntnisse weisen darauf hin, daß Risikogruppen identifizierbar sind, daß sich der Krankheitsbeginn mit geeigneten Präventivstrategien herauszögern und durch ganzheitlichen Therapieeinsatz im Verlauf verzögern läßt. Medikamentöse Substanzen, welche die allgemeine Hirnleistung unterstützen (Nootropika) oder Präparate, die in den Neurotransmitterstoffwechsel eingreifen (Cholinesterasehemmer), werden heute ebenso eingesetzt wie Psychopharmaka, um Begleitsymptomen wie Wahn, Unruhe, Halluzinationen und Depressionen entgegenzuwirken. Eine wichtige Rolle kommt den nicht medikamentösen Verfahren zu. Diesbezüglich wird auf die Antwort zur Frage 13 verwiesen.

— *Versorgungsforschung*

Zur angemessenen Versorgung, Betreuung und Begleitung Betroffener und Angehöriger liegen aus internationalen Forschungs- und Modellprojekten, inzwischen aber auch zunehmend auf inländischen Erfahrungen basierend, Daten und Hinweise vor, die insbesondere für fortgeschrittene Krankheitsstadien von Bedeutung sind. In diesem Rahmen finden nicht nur die kognitiven Störungen Aufmerksamkeit, sondern das emotionale Erleben, Verhaltens- und Persönlichkeitsfaktoren werden ausdrücklich einbezogen. Störungen auf diesen Ebenen erweisen sich für die pflegende Umgebung als besonders problematisch. Die diesbezüglichen vielversprechenden Ansätze werden weiter der Intensivierung und des Ausbaues bedürfen, angesichts der zu erwartenden epidemiologischen Entwicklung.

7. Fördert die Bundesregierung diese Forschung?

   Wenn ja, durch welche Zuschüsse, bei welchen Forschungseinrichtungen und Projekten?

Die Bundesregierung hat bislang Forschungsvorhaben zur Demenz gefördert, u. a. im Rahmen des Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit", sowie im Nachfolgeprogramm „Gesundheitsforschung 2000" (Förderschwerpunkt „Psychische Gesundheit im Alter" seit April 1986). Sowohl Anliegen epidemiologischer Art als auch Versorgungsforschung, schwerpunktmäßig aber Projekte klinischer Demenzforschung und Ursachenforschung sind aus einem Finanzvolumen von 7,45 Mio. DM entsprechend dem Stand der Forschungsförderung 1989 initiiert und unterstützt worden.

Im Bereich der Projektförderung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie werden die biologischen Grundlagen von Altersdemenzen in Vorhaben des Programms „Biotechnologie 2000", die direkter krankheitsbezogener Untersuchungen im weiterhin laufenden Regierungsprogramm „Gesundheitsforschung 2000" gefördert.

Bei dem Programm Biotechnologie 2000 handelt es sich um ein Verbundprojekt mit industriellen und universitären Arbeitsgruppen zur Aufklärung der molekularen Mechanismen der Alzheimer-Erkrankung mit einem Fördervolumen von 4,95 Mio. DM.

Das Programm Gesundheitsforschung 2000 umfaßt gegenwärtig Vorhaben im Rahmen des Interdisziplinären Zentrums für Klinische Forschung an der Universität Leipzig, Volumen der drei hier relevanten Teilprojekte 1,43 Mio. DM, ferner im Rahmen der Aufbauförderung klinischer Forschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Magdeburg ein Teilprojekt in Höhe von 60 000 DM.

Darüber hinaus werden verschiedene Vorhaben in einzelnen Projekten des Förderschwerpunktes „Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen" durchgeführt, die für die Erforschung von Altersdemenzen von Bedeutung sind. Hier ist insbesondere die Einrichtung eines Referenzzentrums für neurodegenerative Erkrankungen an der Universität München sowie der Verbund „Spätsyndrome beim Morbus Parkinson" an den Universitäten Frankfurt und Würzburg zu nennen. Das Volumen dieser Projekte beläuft sich auf 4,53 Mio. DM.

Weitere Vorhaben zu Morbus Parkinson werden im Rahmen der Aufbauförderung der klinischen Forschung an der Charité/Humboldt-Universität Berlin mit einer Fördersumme von 3,2 Mio. DM unterstützt. Ein Anschluß in der zweiten Phase der Aufbauförderung ist geplant.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft fördert mit Mitteln von Bund und Ländern Vorhaben im Rahmen verschiedener Verfahren. Zwischen 1975 und 1982 wurden so z. B. Einzelaspekte dementieller Alterserkrankungen im Schwerpunktprogramm „Biologie des Alterns" aufgegriffen. Im Jahre 1995 lag das Volumen für eine Reihe von Einzelvorhaben bei insgesamt 3,5 Mio. DM. Arbeiten zu Morbus Alzheimer werden im Rahmen der Forschergruppe „Molekularbiologische neurodegenerative Erkrankungen" sowie der Sonderforschungsbereiche 317 „Neuro-Molekularbiologie" und 258 „Indikatoren und Risikomodelle für Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen" mitfinanziert.

Das Klinische Institut des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München und das Max-Planck-Institut für Neuropsychologische Forschung in Leipzig, die im laufenden Jahr 1996 mit insgesamt ca. 22 Mio. DM von Bund und Ländern finanziert werden, befassen sich in

wesentlichen Teilen ihrer Arbeiten mit Fragen der Demenzforschung.

Die Bundesregierung plant, die Arbeiten im Bereich der Demenzforschung verstärkt voranzutreiben. Auch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert Projekte, die sich ausdrücklich oder aufgrund zu bearbeitender Teilfragestellungen mit der Demenzproblematik beschäftigen.

— Im Rahmen der „Berliner Altersstudie" (BASE) werden insgesamt 930 Menschen aus Berlin im hohen und sehr hohen Alter (älter als 70 Jahre) im Längsschnitt über mehrere Jahre umfassend aus der Sicht unterschiedlicher Disziplinen untersucht. Neben einer Bestandsaufnahme der Lebensbedingungen der Altenpopulation in einer Großstadt wird auch die Demenzproblematik bearbeitet.

— Ein wesentlicher Bereich in der Demenzforschung beschäftigt sich mit dem Problem der Früherkennung von Demenzerkrankungen bzw. Demenzrisiko. Vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden u. a. Forschungsprojekte gefördert, die sich mit der Konstruktion und Validierung von Instrumenten zur differentiellen Diagnostik befassen. Es werden Screeningverfahren zur möglichst frühzeitigen Diagnose dementieller Erkrankungen entwickelt.

— Im Rahmen eines Projekts zur Erhaltung und Förderung von „Selbständigkeit im höheren Alter" (SIMA) werden weiterhin die Auswirkungen von Kompetenz-, Gedächtnis- und psychomotorischen Trainings an selbständig lebenden 75jährigen und Älteren im eigenen Haushalt untersucht. Nach ersten Ergebnissen positiver Effekte wird nun im weiteren Verlauf der Studie beobachtet, welche Auswirkung die Trainings auch auf das Auftreten dementieller Veränderungen haben und ob sie ggf. geeignet sind, den Ausbruch einer solchen Erkrankung zu verzögern.

— Besondere Aufmerksamkeit muß auch jenen Personen zuteil werden, die sich mit der Betreuung und Pflege Demenzkranker befassen. Dies wird größtenteils von Angehörigen, zumeist Frauen, geleistet und ist mit hohen physischen und psychischen Belastungen und Beanspruchungen verbunden. In einem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projekt werden die Auswirkungen gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf die kognitiven Fähigkeiten, emotionalen Befindlichkeiten und sozialen Verhaltensweisen der Patienten sowie Vor- und Nachteile für deren Angehörige untersucht.

Auch im Rahmen von Entwicklung und Umsetzung der Pflegeversicherung unterstützt die Bundesregierung Forschungsprojekte, die sich vordringlich mit der Versorgung und Betreuung Demenzkranker und ihrer Angehörigen beschäftigen. Aus dem vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung installierten umfangreichen Modellprogramm zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen sind Fördermittel in die Erprobung und den Ausbau von Versorgungsmodellen Demenzkranker im ambulanten, stationären und teilstationären Bereich geflossen.

8. Welche Forschungsschwerpunkte will die Bundesregierung angesichts des wachsenden Problems der Demenzerkrankungen setzen?

   Welche zeitlichen Perspektiven gibt es hierzu?

Der Bundesregierung ist bewußt, daß die vielschichtige Demenzproblematik erheblichen Forschungsbedarf mit sich bringt. Sie beabsichtigt, diesbezügliche Forschungsbemühungen weiterhin zu unterstützen, um den Kenntnisstand zu verbessern. Ein umfassendes Konzept zur künftigen Förderung der neuropsychiatrischen Forschung und somit auch der Demenzforschung im Rahmen des Gesundheitsfoschungsprogramms wird deshalb zur Zeit erarbeitet. Darüber hinaus wird das Gesundheitsforschungsprogramm künftig noch stärker auf die Behebung struktureller Defizite der klinischen Forschung ausgerichtet werden, welche auch die Demenzforschung hindern. Es bestehen darüber hinaus auch bereits Kontakte zum amerikanischen National Institute on Aging (NIA), über welches die Zusammenarbeit amerikanischer Alzheimerzentren und deutscher Arbeitsgruppen intensiviert werden soll.

Weitere Forschungsschwerpunkte werden sich nicht nur auf den biologischen Bereich beschränken dürfen. Solange keine Heilungschancen bestehen, sind vor allem sozialwissenschaftlich orientierte Ansätze wichtig, um Formen der Intervention zu entwickeln, die sowohl die betroffenen Erkrankten als auch Pflegende und Angehörige unterstützen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend plant, Forschungsarbeiten hierzu intensiv voranzutreiben.

9. Sind der Bundesregierung Forschungshindernisse der patientenbezogenen klinischen Grundlagenforschung bekannt?

Klinische Forschung wird überwiegend universitär, aber auch an außeruniversitären Einrichtungen durchgeführt, wobei die Koordination in Zukunft noch der Verbesserung bedarf. Generell werden strukturelle Defizite in der klinischen Forschung Deutschlands als Forschungshindernisse gesehen. Hierauf ist verschiedentlich vom Wissenschaftsrat hingewiesen worden. Um diese Strukturprobleme zu überwinden, wurden bisher als spezifische Förderinstrumente die „Klinischen Forschergruppen" sowie die „Interdisziplinären Zentren für die klinische Forschung" eingerichtet.

Zu den maßgeblichen allgemeinrechtlichen Rahmenbedingungen der Forschung insbesondere mit psychisch Kranken gehören in der Bundesrepublik Deutschland das Grundgesetz mit der Garantie der Würde und Selbstbestimmung des Menschen, das Strafgesetzbuch mit seinen Schutzvorschriften für Leib und Leben, die revidierte Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki mit einem Verhaltenskodex für biomedizinische Forschung am Menschen, hervorgegangen aus dem Nürnberger Ärztekodex, sowie das Ärztliche Berufsrecht, welches die Verpflichtung zur Konsultation einer Ethik-Kommission enthält.

Dem besonderen Schutz des Menschen bei der klinischen Prüfung von Arzneimitteln dienen die §§ 40 bis 42 des Arzneimittelgesetzes (in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994) und bei der klinischen Prüfung von Medizinprodukten die §§ 17 bis 19 des Medizinproduktegesetzes (vom 2. August 1994).

Einzelne Bestimmungen dieser gesetzlichen Regelungen, die vom Gesetzgeber aus der ausdrücklichen Absicht heraus geschaffen worden sind, einen optimalen Schutz für den einzelnen Patienten zu gewährleisten, haben sich in der Praxis als Forschungshindernisse ausgewirkt. Dennoch bedarf dieser Schutzaspekt einer besonderen Gewichtung und Bewertung im Hinblick auf die Erfahrungen der jüngeren deutschen Vergangenheit.

Als spezifisches Dilemma der Demenzforschung wird immer wieder das Problem der mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung abnehmenden persönlichen Einwilligungsfähigkeit des Probanden angeführt.

Bei bestehender Einwilligungsunfähigkeit des Probanden kann ein bereits bestellter oder noch zu bestellender Betreuer als gesetzlicher Vertreter des Betroffenen (§ 1902 BGB) nur zum Wohle des Betreuten tätig werden (§ 1901 Abs. 1 BGB) und deshalb grundsätzlich nur dann anstelle des Betreuten in eine Maßnahme einwilligen, wenn diese zumindest potentiell geeignet ist, den Gesundheitszustand oder das Wohlbefinden des Betreuten selbst zu bessern oder zu stabilisieren. Diese Voraussetzung fehlt, wenn das Forschungsvorhaben nur dazu dienen kann, Erkenntnisse über Krankheitsursachen oder -verläufe zu gewinnen, die dem – unheilbar erkrankten – Betreuten selbst nicht mehr zugute kommen können. Hat allerdings der Betreute zu einer Zeit, da er noch einwilligungsfähig war, – in hinreichend bestimmter Form – den Wunsch geäußert, auch für fremdnützige Forschung zur Verfügung zu stehen oder äußert er einen solchen Wunsch später, so wird der Betreuer diesem Wunsch Rechnung tragen können, solange der Betreute seine Willensrichtung nicht erkennbar geändert hat und soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft (§ 1901 Abs. 2 BGB), insbesondere also nennenswerte Belastungen und Gefährdungen des Betroffenen selbst ausgeschlossen sind.

Fremdnützige Maßnahmen, die mit erheblichen gesundheitlichen Risiken für den Betreuten verbunden sind, laufen dem Wohl des Betroffenen immer zuwider. Der Betreuer darf in die Vornahme solcher Maßnahmen zum Zwecke fremdnütziger Forschung nicht einwilligen; zudem hätte das Vormundschaftsgericht einer solchen Einwilligung die nach § 1904 Satz 1 BGB erforderliche Genehmigung zu versagen.

Besonderheiten gelten für die klinische Prüfung von Arzneimitteln. Klinische Prüfungen, die keinen Nutzen für den Probanden selbst erwarten lassen, erlaubt § 40 Abs. 1 und 2 des Arzneimittelgesetzes nur an Personen, die einwilligungsfähig und darüber hinaus geschäftsfähig sind. Die klinische Prüfung, die dem Kranken wenigstens die Chance auf Besserung bietet, ist demgegenüber unter den in § 41 des Arzneimittelgesetzes näher geregelten Voraussetzungen auch bei geschäfts- oder einwilligungsunfähigen Patienten möglich.

Die Achtung und der Schutz des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen müssen auch in Zukunft maßgebliche Richtschnur in allen Forschungsansätzen bleiben. Die Zustimmungsfähigkeit der Probanden ist von Fall zu Fall immer wieder mit Hilfe differenzierter, in großen Forschungsprojekten bereits erprobter Kriterienkataloge zu überprüfen.

Für ein weiteres Hemmnis hält die Bundesregierung eine noch überwiegend negative bzw. ablehnende Haltung der Öffentlichkeit gegenüber Demenzerkrankungen. Diese Atmosphäre hat auch Auswirkungen auf Forschungsaktivitäten. Um die Akzeptanz gerontopsychiatrischer Fragestellungen an Forschungsinstitutionen, insbesondere Universitäten, zu verbessern, gilt es, die Motivation des Forschungsfeldes gezielt zu stimulieren sowie die Kooperation zwischen Institutionen mit therapeutischem Potential und den Versorgungsorten Demenzkranker, konkret zwischen Klinik und Pflegeinstitutionen, zu fördern. Bislang ist die weit überwiegende Mehrzahl der Patienten, die hausärztlich oder in Landeskrankenhäusern versorgt wird, der universitären Forschung nicht zugänglich. Parallel zu diesen Bemühungen sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, in der Bevölkerung, insbesondere aber bei Betroffenen und deren Angehörigen, mehr Verständnis für Demenzerkrankungen und für die Notwendigkeit von Forschung zu wecken.

10. Sind der Bundesregierung Forschungen bekannt, die einen möglichen Zusammenhang zwischen Morbus Alzheimer und anderen Demenzerkrankungen, wie z. B. das Creutzfeldt-Jakob-Syndrom sehen?

Bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse legen nahe, daß eine Reihe sehr verschiedenartiger, noch nicht bekannter Erkrankungen mit Beteiligung des zentralen Nervensystems zu Demenzsyndromen führen können. Es handelt sich um eine gemeinsame Endstrecke unterschiedlichster Schädigungsanlässe. Dabei ist der pathogenetische Weg von Hirnkrankheit zu den klinischen Erscheinungsformen noch weitgehend unbekannt. Die Demenz vom Alzheimer-Typ zählt zu den 90 % der sogenannten primären Demenzen, d. h. unbekannter Ursache. In den verbleibenden 10 % der Fälle handelt es sich um Demenzen, denen andere Erkrankungen auch entzündlicher oder infektiöser Art, Intoxikationen, Stoffwechselstörungen, Tumoren oder neurodegenerative Prozesse (Picksche Erkrankung, Chorea Huntington) zugrunde liegen. Neuropathologisch bestehen Parallelen zwischen Menschen mit Down-Syndrom, einer genetisch verursachten geistigen Behinderung, wobei offenbar nicht alle Down-Patienten eine Demenz entwickeln. Darüber hinaus gibt es auch eine Assoziation von Alzheimer-Demenz und Down-Syndrom bei Verwandten ersten Grades.

Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit gehört zu den neurodegenerativen Erkrankungen infektiöser Genese. Sie wird wie das Gerstmann-Sträussler-Syndrom und

Kuru beim Menschen durch sogenannte Prionen hervorgerufen. Ähnliche Erkrankungen sind bei Schafen und Ziegen – die sogenannte Traberkrankheit (Scrapie) – und bei Rindern – die spongiforme Encephalopathie (BSE) – bekannt. Die Charakteristika dieser durch Prionen bedingten und übertragbaren Demenzen sind lange Inkubationszeiten von Monaten bis Jahrzehnten, rascher letaler klinischer Verlauf und ein variables psychiatrisches Krankheitsbild, wobei Demenz und Ataxie im Vordergrund stehen. Ein größeres Forschungsprojekt hierzu wird derzeit von den Abteilungen Neurologie und Neuropathologie der Universität Göttingen durchgeführt.

Gegenüber der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung muß die Alzheimer-Krankheit scharf abgegrenzt werden, obwohl es sicherlich eine gewisse Übereinstimmung in bestimmten klinischen Erscheinungsformen beider Erkrankungen gibt. Insbesondere konnte bis heute für die Alzheimer-Krankheit keine infektiöse Genese gesichert werden, eine Übertragung auf Tiere oder von Mensch zu Mensch konnte bislang nicht nachgewiesen werden. Für beide Demenzformen wird jedoch eine genetische Komponente bzw. genetische Disposition diskutiert.

Mögliche Zusammenhänge werden eher zwischen Morbus Alzheimer und den Demenzerkrankungen vermutet, die sich neuropathologisch durch sogenannte Lewykörperchen auszeichnen. Lewykörperchen sind Einschlüsse im Zellwasser (Zytoplasmaeinschlüsse), die sich in 2 % bis 3 % aller neurologisch und psychiatrisch unauffälligen Patienten über 50 Jahre finden. Lewykörperchen finden sich auch bei 85 % bis 100 % der Parkinson-Patienten. Ebenfalls ist die Gruppe der sogenannten Stirnhirndemenzen (Frontallappendemenzen), z. B. Picksche Krankheit, bezüglich ihrer klinischen und pathophysiologischen Zuordnung in der Diskussion.

11. Wie beurteilt die Bundesregierung die bereits in anderen Ländern angewandte Technik der Transplantation von embryonalen Hirnzellen bei Demenzerkrankungen?

    Gibt es von der Bundesregierung zu diesem Thema geförderte Forschungsvorhaben, und gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland bereits Menschen, an denen diese Therapieform (z. B. im Ausland) angewandt wurde?

Eine Transplantation von Hirngewebe in Form embryonaler Hirnzellen an Menschen ist bislang allein zur Therapie der neurologischen Störungen bei der Parkinson-Erkrankung zum Einsatz gekommen. Das Verfahren zielt darauf ab, die Funktionen des bei dieser Erkrankung gestörten dopaminergen Neurotransmittersystems in einem bestimmten Hirnareal zu verbessern.

Die Verwendung embryonaler Zellen bei Demenzerkrankungen ist der Bundesregierung nicht bekannt.

Im Hinblick auf berufsethische und rechtliche Gefahren sowie Mißbrauchsmöglichkeiten hat sich die deutsche Ärzteschaft frühzeitig einer berufsrechtlichen Selbstbindung unterworfen (Muster-Richtlinie der Bundesärztekammer zur Verwendung fetaler Zellen und fetaler Gewebe vom November 1991). Danach sind insbesondere experimentelle Forschungen und Heilversuche dieser Art einer Ethik-Kommission zur Beurteilung vorzulegen. Mögliche Mißbräuche wären zum Teil auch durch § 168 des Strafgesetzbuches unter Strafe gestellt.

12. Wie beurteilt die Bundesregierung die in Artikel 6 der Bioethikkonvention erlaubten Eingriffe an geschäftsunfähigen bzw. einwilligungsunfähigen Personen ohne unmittelbaren individuellen Nutzen?

Angesichts der noch lückenhaften Kenntnisse zu Ätiologie, Pathogenese und Behandlungsmöglichkeiten von Demenzerkrankungen bei gleichzeitig steigender Fallzahl besteht unbestritten erheblicher Forschungsbedarf. Da Demenzpatienten in fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung überwiegend nicht geschäftsfähig oder einwilligungsfähig sind, bedürfen gerade sie des besonderen Schutzes. Ein vorläufiger Entwurf einer Europäischen Bioethik-Konvention vom Oktober 1994 hat insbesondere durch die Formulierung des Artikels 6 lebhafte Diskussionen hervorgerufen, die von seiten verschiedener Fachgesellschaften und Interessenverbände sehr kontrovers geführt werden.

Die Bundesregierung vertritt hierzu die Auffassung, daß Forschungseingriffe an geschäftsunfähigen bzw. einwilligungsunfähigen Personen, die diesen nicht unmittelbar nützen, nicht zuzulassen sind. Sie hat dies auch im Lenkungsausschuß für Bioethik, der im Rahmen des Europarates mit der Ausarbeitung der sogenannten Bioethik-Konvention beauftragt ist, geltend gemacht, konnte sich aber mit ihrer Haltung gegen die überwiegende Mehrheit der anderen dort vertretenen Staaten nicht durchsetzen.

Der Bundesregierung ist darüber hinaus bekannt, daß verschiedene Forschergruppen differenzierte Vorschläge erarbeitet haben, die unter sehr eng gefaßten, definierten Bedingungen auch nichttherapeutische Forschung, d. h. Forschung zur Erkennung von Ursachen und Entstehungsbedingungen von Demenzen, als Prototyp von patientenbezogener Forschung ohne unmittelbaren, aber mit potentiellem mittelbaren Nutzen für den Patienten als gesetzlich definierte Ausnahme gestattet haben möchten. Bei potentiell unmittelbarem Nutzen, wie er z. B. bei diagnostischer Forschung in engerem Sinn für den einbezogenen Patienten erwartet werden kann, wird grundsätzlich für rechtliche Zulässigkeit plädiert, wie sie bereits für Minderjährige in § 40 Abs. 4 des Arzneimittelgesetzes besteht.

13. Welche Therapien werden bei der Behandlung Demenzkranker angewandt, und wie sind die Erfolge?

Da Ätiologie und Pathogenese des überwiegenden Anteils von Demenzerkrankungen noch ungeklärt sind, läßt sich eine Therapie mit biologisch-kausalem Ansatz, hinorientiert auf eine Heilung, nicht durchführen. Insbesondere die Demenz vom Alzheimer-Typ ist zur Zeit nicht heilbar, aber sie ist behandelbar. Die Situation der Betroffenen und ihrer Angehörigen läßt sich durch geeignete therapeutische Maßnahmen verbessern.

Es wird häufig übersehen, daß die unbefriedigende therapeutische Situation bei Demenz durchaus keinen Sonderfall darstellt. Für sehr viele Erkrankungen vermag die Medizin bis heute keine ursächlichen, sondern rein symptomatische Therapiemaßnahmen bereitzuhalten, die bei adäquatem Einsatz jedoch durchaus in der Lage sind, die Auswirkungen des Grundleidens zu mildern. Andererseits gewährleisten Erkenntnisse zu Ursachen und Entstehungsbedingungen einer Krankheit keinesfalls eine wirksame kausale Therapie.

Unter diesem Gesichtspunkt muß es Ziel der Behandlung Demenzkranker sein,

— den Beginn der manifesten Erkrankung möglichst zeitlich aufzuschieben,
— Verschlimmerung oder Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern,
— Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Lebensführung der Erkrankten mit allen Mitteln zu fördern,
— Würde und Lebensqualität Betroffener auch im Spätstadium der Erkrankung durch Anpassung der Lebensbereiche an verbliebene Fähigkeiten zu gewährleisten.

Die Therapie der Demenz erfordert einen mehrdimensionalen ganzheitlichen Ansatz mit folgenden unverzichtbaren Einzelkomponenten:

— internistische Basistherapie nicht hirnbezogener Organerkrankungen, die eine Demenzerkrankung komplizieren können oder eine sekundäre Demenz verursachen können. Hierzu gehören auch Vorbeugungsmaßnahmen bei systemischen Erkrankungen wie z. B. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Zuckerkrankheit, Vitamin B12-Mangel, Infektionen;
— medikamentöse Behandlung mit hirnleistungsaktivierenden Präparaten sowie gegebenenfalls mit Präparaten, die gezielt in einen Teil des gestörten Neurotransmittersystems einzugreifen vermögen;
— medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka, um psychiatrischer Komorbidität wie z. B. Depression zu begegnen, oder um spezielle Begleitsyndrome der Demenz, z. B. Wahn, Unruhe, Halluzinationen und Depressionen zu mildern;
— als weitere Aspekte der Therapie allgemeine Aktivierung und gezielte Anregung mit tagesstrukturierendem Effekt, Physiotherapie, insbesondere Bewegungstherapie, übende Therapieverfahren im Sinne von Hirnleistungstraining zur Erhaltung kognitiver Fähigkeiten, Optimierung der Ernährung sowie Sozio- und Milieutherapie im Sinne von Umfeldgestaltung und Umfeldstrukturierung.
— Psychotherapeutische Maßnahmen, insbesondere verhaltenstrainierende und verhaltenstherapeutische Programme, aber auch tiefenpsychologische einschließlich familientherapeutischer Ansätze haben nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für Angehörige bzw. Menschen seines Umfelds Bedeutung, um krankheitsbedingte Beeinträchtigungen zu kompensieren oder zu akzeptieren. An weiteren therapeutischen Maßnahmen sind Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger, Balintgruppen und Teamsupervison für professionelle Pflegekräfte zu benennen.

Je nach Behandlungsort und Krankheitsstadium kommt den einzelnen Elementen unterschiedliches Gewicht zu.

Die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen wird in der Fachöffentlichkeit durchaus unterschiedlich beurteilt. Jede Intervention, die sich auf ein bestimmtes Zielsymptom richtet, kann für sich Erfolg haben. Konsens besteht allerdings darin, daß ein mehrschichtiges Behandlungskonzept, d. h. eine Kombination geeigneter Maßnahmen, am ehesten geeignet ist, auch längerfristig anhaltende Erfolge zu erzielen.

14. Wie beurteilt die Bundesregierung die medikamentösen Therapien bei Demenzerkrankungen?

Medikamentöse Therapien bei Demenzerkrankungen sind, wie bereits in der Antwort zu Frage 13 ausgeführt, entsprechend ihren Zielbereichen zu unterscheiden in solche, welche sich auf eine Verbesserung der verminderten Hirnleistungsfähigkeit richten (Beeinflussung von Kognition), solche, welche sich auf die Beeinflussung sogenannter Sekundärsymptome (nichtkognitiver Störungen) richten sowie solche, welche auf weitere Begleiterkrankungen zielen und den Demenzprozeß erheblich beeinflussen können (Multimorbidität). Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Fragestellung in erster Linie der erstgenannten Gruppe von Medikamenten gilt. In der Bundesrepublik Deutschland sind sieben Pharmaka behördlich zur Therapie von Hirnleistungsstörungen im Alter bzw. Demenzen zugelassen. Es handelt sich dabei um eine Reihe überwiegend älterer, chemisch uneinheitlicher Substanzen mit unterschiedlichem Wirkprofil, die sogenannten Nootropika. Einwandfreie Studien zur Wirksamkeit von Nootropika bei dementiellen Syndromen gibt es bislang nur für wenige Substanzen.Bei einem Teil der Patienten können sie zu einer gewissen symptomatischen Verbesserung der bestehenden Hirnleistungsstörungen führen. Es ist nicht vorhersehbar, welche Patienten tatsächlich auf diese Arzneimittel positiv ansprechen. Ebenso ist nicht sicher, welche der bestehenden Symptome sich unter der Behandlung bessern. Nach dem heutigen Kenntnisstand kann man jedoch davon ausgehen, daß je nach Prüfebene mit Therapieeffekten von 10 % bis 20 % zu rechnen ist. Es gibt allerdings auch Angaben, die eine Größenordnung von 20 % bis 30 % für gegeben halten.

Das Ausmaß einer Besserung wird aber auch vor allem deshalb so gering engeschätzt, weil häufig zu hohe therapeutische Erwartungen bestehen, so daß tatsächliche Verbesserungen oder zumindest ein zeitweiliger Stillstand des Krankheitsprozesses kaum wahrgenommen werden. Da es medikamentöse Therapien mit nachgewiesener langfristiger Wirksamkeit zur Zeit nicht gibt, wird man in absehbarer Zeit auf diese Substanzgruppen trotz aller Einschränkungen grundsätzlich nicht verzichten können.

Seit 1995 steht darüber hinaus mit einem Cholinesterasehemmer auch ein Arzneimittel zur Verfügung, das nach aktuellen methodisch-wissenschaftlichen Standards bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz vom Alzheimer-Typ geprüft und auf dieser Basis in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen wurde.

15. Sind diese Medikamente unumstritten und deshalb unverzichtbar für die Behandlung, oder sind unerwünschte Nebenwirkungen bekannt?

Die Arzneimittel, die in der Demenztherapie zur Beeinflussung kognitiver Störungen Einsatz finden, sind durchaus nicht unumstritten. Die Wirksamkeit der Hauptgruppe dieser Präparate, der Nootropika, wird kritisch diskutiert, was vor allem darauf zurückzuführen ist, daß viele klinische Studien zu älteren Präparaten heutigen methodischen Standards nicht entsprechen und die Dokumentationslage insgesamt unbefriedigend ist. Das Problem mit diesen Arzneimitteln liegt zudem darin, daß ihre klinische Relevanz trotz zweifelsfrei belegter Wirksamkeit nicht eindeutig ist, da das Ausmaß der erzielbaren Verbesserung relativ gering bleibt. Da diese Arzneimittel in der Regel als nebenwirkungsarm anzusehen sind, ist in Anbetracht fehlender medikamentöser Alternativen ein Behandlungsversuch gerechtfertigt mit dem Ziel, das Leben der Betroffenen wenigstens etwas zu erleichtern.

Ein erst kürzlich in der Bundesrepublik Deutschland zugelassener Cholinesterasehemmer, welches zunächst als Durchbruch in der Therapie der Alzheimer-Erkrankung bewertet wurde, birgt dagegen ein hohes Nebenwirkungsrisiko. Von einem Teil der Patienten wird das Präparat wegen Übelkeit und Erbrechen nicht vertragen. Es kann abdominelle Beschwerden, Appetitverlust und gelegentliche vorübergehende Verwirrtheitszustände auslösen. Aus den bisherigen Untersuchungen geht darüber hinaus hervor, daß es zu Leberfunktionsstörungen führen kann. Eine sorgfältige ärztliche Überwachung des Patienten ist deshalb bei Gabe dieses Präparates erforderlich. Dennoch profitiert ein kleiner Teil der Patienten von einer Behandlung, so daß unter Einhaltung der vorgeschriebenen engmaschigen Kontrollen auch hier ein Therapieversuch gerechtfertigt erscheint.

Arzneimittel, die in der Demenztherapie zur Beeinflussung nichtkognitiver Störungen Einsatz finden, sind Präparate aus der Gruppe der Neuroleptika und Antidepressiva. Für diese Gruppe ist eine sehr sorgfältige Indikationsstellung und Dosierung erforderlich, um einer möglicherweise gesteigerten Empfindlichkeit gegenüber dem Nebenwirkungsspektrum Rechnung tragen zu können. Eine optimale Therapie setzt hier entsprechende ärztliche Erfahrung voraus.

16. Welche Aussage zur Risiko- und Nutzenrelation dieser Medikamente – auch in Beziehung zur Dauerbehandlung – ist möglich?

Wie hoch sind die Behandlungskosten mit diesen Medikamenten:

a) fallbezogen,

b) bezogen auf die Gesamtzahl der Demenzkranken?

Eine Bewertung der Nutzen-Risiko-Relation der in der Bundesrepublik Deutschland zur Demenzbehandlung zugelassenen Medikamente muß berücksichtigen, daß alternative medikamentöse Behandlungsstrategien noch nicht zur Verfügung stehen und daß die Wahrscheinlichkeit medikamentöser Behandlungserfolge mit fortschreitendem Behandlungsverlauf geringer wird. Positive Effekte bei Arzneimitteln der Gruppe der Nootropika sind in aller Regel erst nach mehrwöchiger Behandlungsdauer zu erwarten. Zu langfristigen Wirkungen liegen keine hinreichenden Erkenntnisse vor.

Da die Nebenwirkungsrate eher gering ist, dürfte der Nutzen das Risiko überwiegen, wenn die Behandlung in der Frühphase der Erkrankung erfolgt.

Im Endstadium von Demenzen ist der medikamentöse Behandlungserfolg eher fraglich und daher der Nutzen nicht gesichert. Obwohl das Risiko auch in diesem Krankheitsstadium niedrig bleibt, wird dem Arzt angeraten, den Erfolg der Behandlung laufend kritisch zu überprüfen und das Arzneimittel dann abzusetzen, wenn keine positiven Effekte mehr erkennbar sind, oder auch dann, wenn auftretende Nebenwirkungen die Nutzen-Risiko-Relation negativ erscheinen lassen. Auf die Nutzen-Risiko-Relation für Präparate, die in den Neurotransmitter-Stoffwechsel eingreifen (Cholinesterasehemmer), geht die Antwort zu Frage 15 bereits ein.

Eine Angabe der genauen Behandlungskosten mit diesen Medikamenten ist nicht möglich, da verläßliche und differenzierte Daten hierzu nicht vorliegen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben 1994 für verschiedene Präparate aus der Gruppe der Nootropika insgesamt 59,4 Millionen definierte Tagesdosen (DDD) für insgesamt 107 Mio. DM vergütet. Für die Arzneimittelgruppe der Nootropika erfolgten im Jahre 1994 2 175,9 Tausend Verordnungen mit einem Umsatz von 122,8 Mio. DM im gesamten Bundesgebiet, wie der Arzneiverordungs-Report 1995 (Schwabe/Paffrath) ausweist.

Nach Schätzungen von Fachorganisationen belaufen sich fallbezogene medikamentöse Behandlungskosten auf etwa 80 bis 100 DM pro Monat. Geht man davon aus, daß sich etwa 50 % von den hochgerechneten 1,5 Millionen Demenzpatienten in der pharmakothera-

pie-sensitiven Anfangsphase der Erkrankung befinden, dürften sich die Gesamtkosten für die medikamentöse Behandlung auf etwa 75 Mio. DM pro Monat belaufen. Bei einer Dauerbehandlung über mehrere Monate würden sich die Behandlungskosten reduzieren, weil häufig in eine Intervallbehandlung übergegangen wird und in der Regel die Dosis reduziert werden kann.

Aus ökonomischer Sicht ist ergänzend festzustellen, daß der Nutzen einer medikamentösen Therapie darin liegt, durch die Verlangsamung des Krankheitsverlaufs die häufig kostengünstigere häusliche Versorgung länger beibehalten bzw. die stationäre Versorgung hinauszögern zu können.

17. Welche nicht-medikamentösen Therapien werden mit welchem Erfolg bei Demenzkranken eingesetzt?

Der therapeutische Stellenwert nicht medikamentöser Interventionsmaßnahmen wird häufig unterschätzt. Da die Mehrzahl der Demenzerkrankungen in ihrer biologischen Dimension jedoch bislang nicht kausal behandelbar oder gar heilbar sind, ist die Notwendigkeit, sämtliche verfügbaren Ansätze auf anderen therapeutischen Ebenen zu nutzen, unbestritten. Dabei geht es darum, dem Fortschreiten der Erkrankung entgegenzuwirken, Symptome zu lindern und die mit der Erkrankung verbundenen Belastungen physischer, psychischer und sozialer Art in ihren Auswirkungen sowohl bei Betroffenen als auch bei Personen des Umfelds zu mildern. Sie zielen deshalb vor allem auf eine Sicherung der Lebensqualität und eine Verringerung des Betreuungsaufwandes. Eine Vielzahl dieser Maßnahmen ist aus den alltäglichen Notwendigkeiten im Umgang mit Demenzkranken entstanden. Diesen aus der Erfahrung erwachsenen Ansätzen fehlt häufig eine solide wissenschaftliche Grundlage. Sie leiten sich z. B. aus verhaltens-, familientherapeutischen oder psychodynamischen Gesamtkonzepten ab und sind gezielt für die Behandlung Demenzkranker modifiziert worden.

Zu den erprobten und anerkannten nicht medikamentösen Therapieverfahren, die im Rahmen eines mehrdimensionalen Ansatzes eingesetzt werden, zählen im wesentlichen:

— Maßnahmen allgemeiner Aktivierung, da im Rahmen von Demenzerkrankungen zunehmend die Eigeninitiative verloren geht, zur Stützung von basalen Tätigkeiten der Selbstversorgung, aber auch gezielte Anregungen, verbliebene Fähigkeiten zu nutzen und zu üben;

— Physiotherapie, insbesondere Bewegungstherapie, um Körper und Selbstgefühl zu stärken und um die im Krankheitsverlauf möglicherweise auftretenden motorischen Unruhezustände aufzufangen. Über die Vermittlung sinnlicher Erlebnisse durch taktile, audiovisuelle und aromatische Reize („Snoezelen") wird ebenfalls eine positive Aktivierung angestrebt;

— Trainingsprogramme zur Aktivierung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Es handelt sich um übende Verfahren, die Orientierung, Selbständigkeit und Selbstsicherheit des Demenzkranken verbessern sollen. Hierzu gehören Formen des Hirnleistungstrainings und das Realitätsorientierungstraining;

— zunehmend finden psychotherapeutische Verfahren Eingang in die Therapie Demenzkranker und ihrer Bezugspersonen. Durch systematisch durchgeführte verhaltenstherapeutische Maßnahmen läßt sich oft eine Verringerung auffälliger Verhaltensweisen beim Erkrankten erreichen, bei den Bezugspersonen eine Optimierung der Umgangsweisen. Tiefenpsychologische einschließlich familientherapeutischer Ansätze können hilfreich sein bei einer Anpassung an die innere Realität und bei der Anpassung an veränderte Beziehungsstrukturen. Das Verfahren der Validation kommt in seinen Grundlagen den humanistischen Ansätzen der Gesprächspsychotherapie nahe und arbeitet ausdrücklich auf emotionaler Ebene. Ziel ist die Vermittlung einer „Wertschätzung";

— Verfahren wie Ergotherapie, Musik- und Kunsttherapie dienen einerseits dem Training praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, sind aber andererseits auch hilfreich, wenn verbaler Zugang nicht mehr möglich ist.

Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen im einzelnen ist kaum im strengen Sinne wissenschaftlich nachgewiesen. Vieles bleibt kasuistisch. Welchen Einfluß spezielle Trainingsmaßnahmen auf den Verlauf einer dementiellen Erkrankung haben, muß zukünftig noch eingehend untersucht werden.

Erste Ergebnisse aus der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten SIMA-Studie mit selbständig lebenden, noch gesunden 75jährigen und Älteren haben ergeben, daß eine Kombination von Gedächtnistraining und psychomotorischem Training positive Effekte auf Leistung und Wohlbefinden zeigt. Unter Umständen könnten die Trainings auch Auswirkung auf den Zeitpunkt des Ausbruchs dementieller Erkrankungen bzw. auf deren Verlauf haben.

Es scheint gesichert zu sein, daß jede Maßnahme für sich Erfolg haben kann, daß die größten Erfolge aber durch Kombination verschiedener Maßnahmen erzielt werden können. Die meisten Maßnahmen müssen zudem kontinuierlich, zumindest in Intervallen, angewendet werden, um einen einmal erzielten Behandlungs- oder Stabilisierungserfolg beizubehalten. Schließlich muß der Einsatz einzelner Verfahren oder ihrer Kombination in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsstadium und vom individuellen Krankheitsverlauf erfolgen, um einen optimalen Effekt zu erzielen. Mit fortschreitender Erkrankung verschieben sich so die therapeutischen Akzente zugunsten einer Milieutherapie, d. h. einer therapeutischen Umfeldgestaltung und Strukturierung mit sozialer Einbettung. Ein therapeutisches Milieu, d. h. eine Anpassung des gesamten Lebensbereiches an die Besonderheiten Demenzkranker, ist allerdings auch in früheren Stadien

eine Grundvoraussetzung für den Erfolg jeglicher therapeutischer Einzelmaßnahmen.

18. Ist der Bundesregierung bekannt, wie hoch die Anzahl der betreuten Demenzkranken ist

    – in eigenen Wohnungen,
    – in Wohnungen Angehöriger,
    – in Alten- und Pflegeheimen,
    – in psychiatrischen Kliniken,
    – in Krankenhäusern?

Die Bundesregierung verfügt über keine statistischen Angaben, die verläßlich Auskunft über Aufenthalts- und Wohnort von Demenzkranken geben könnten. Es sind lediglich Schätzungen innerhalb bestimmter Grenzwerte auf der Basis von Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen möglich.

Der Aufenthaltsort Demenzkranker hängt stark von sozialen Faktoren, nämlich der Verfügbarkeit von Angehörigen, welche die Pflege übernehmen können, und von Merkmalen des Krankheitsprozesses ab, wie Schweregrad der Demenz, Verhaltensstörungen, Harn- und Stuhlinkontinenz. Grundsätzlich ist auch heute noch davon auszugehen, daß der Großteil, nämlich fast zwei Drittel aller Demenzkranker, nicht in Institutionen, sondern in Privathaushalten leben und dort auch versorgt werden. Befunde der Berliner Altersstudie (BASE) belegen, daß 60,3 % aller in die Untersuchung eingeschlossener Demenzkranker in Privathaushalten leben. Deutlich wird diese Tendenz auch aus der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten" (1992). Untersucht wurde hier zum einen das Risiko, bei bestimmten Erkrankungen hilfs- und pflegebedürftig zu werden, zum anderen, welches die dominierenden Krankheiten und Organschäden sind, die altersspezifisch den Hilfe- und Pflegebedarf charakterisieren. Demenzerkrankungen sind zwar nicht gesondert erfaßt worden, jedoch Krankheiten des Nervensystems und Hirngefäßkrankheiten. Für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit waren in der Altersgruppe der 40- bis 64jährigen in 80 % Hirngefäßkrankheiten, in 32 % Krankheiten des Nervensystems verantwortlich. Bei den 65- bis 79jährigen lag das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei Krankheiten des Nervensystems bei 59 %, bei Hirngefäßkrankheiten bei 61 %. Waren Ältere von den genannten Krankheiten betroffen, dann waren die damit verbundenen Beeinträchtigungen derart gravierend, daß der Anteil Hilfe- und Pflegebedürftiger bei 81 % lag. Geistige oder seelische Beeinträchtigungen wurden unter den Kategorien Lernbehinderung, geistige Behinderung, geistiger Abbau, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Erkrankungen in Fremdbeurteilungen erfaßt. Im Ergebnis zeigten sich kontinuierliche Zunahmen mit höheren Intensitätsgraden des Pflegebedarfs bei eben diesen Kategorien mit Schwerpunkten auf geistiger Behinderung und geistigem Abbau. Schlaganfall und geistiger Abbau wurden insbesondere vermehrt bei älteren Pflegebedürftigen registriert.

Weitere Daten zu diesem Fragenkomplex liegen aus dem Kieler Institut für Gesundheitssystemforschung vor. Die Zahl zu Hause lebender Patienten mit Hirnleistungsstörungen wurde hier durch Subtraktion einer angenommenen Heimpopulation (Bandbreite 189 000 bis 255 505) von der Gesamtzahl der Patienten mit Hirnleistungsstörungen (1 138 924 bis 1 541 633 nach eigener epidemiologischer Schätzung) für 1993 ermittelt. Demnach lebten 1993 rd. 950 000 bis 1 286 000 pflegebedürftige Personen mit Hirnleistungsstörungen daheim, von denen etwa 13 % durch ambulante Pflegedienste mitbetreut wurden.

Wie viele der Kranken nun in eigenen Wohnungen und wie viele in Wohnungen von Angehörigen leben, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Im allgemeinen dürfte dies aber durch den Familienstand und durch die räumliche Nähe zu pflegenden Angehörigen bestimmt sein. Neue Untersuchungen der Arbeitsgruppe im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim stellten fest, daß von den Kranken, die bis zu ihrem Tod im Privathaushalt lebten, 60,4 % im selben Haushalt wie die Betreuungsperson wohnten, 22,6 % im selben Haus und 5,1 % in einem Nachbarhaus. In nur 12 % aller Fälle lebten die Kranken in einem eigenen Haushalt ohne unmittelbare Nachbarschaft zu Angehörigen, ausnahmslos alle wurden jedoch durch Angehörige versorgt. Von Fachgesellschaften liegen Schätzungen vor, daß etwa 30 % der Alzheimer-Patienten im häuslichen Bereich in der eigenen Wohnung leben und rd. 70 % bei Angehörigen aufgenommen und betreut werden.

Räumliche Nähe zu Angehörigen reduziert zwar die Wahrscheinlichkeit einer Heimeinweisung, verhindert aber nicht, daß ein großer Teil der Kranken früher oder später in einem Heim untergebracht werden muß. So zeigte sich in der o. g. Mannheimer Untersuchung, daß 33,3 % der Patienten, die in ein Heim kamen, zuvor mit Angehörigen im selben Haushalt gelebt hatten, 16,2 % im selben Haus und 2,5 % in einem Nachbarhaus. Etwa die Hälfte der institutionalisierten Kranken hatte indessen einen eigenen Haushalt in größerer räumlicher Distanz zu Angehörigen bewohnt.

Im Vergleich mit der sonstigen körperlichen Morbidität oder mit sozialen Faktoren ist Demenz der wichtigste Grund für die Heimunterbringung alter Menschen. Dabei sind Frauen in höherem Maße auf institutionelle Versorgung angewiesen, da die meisten Frauen in den höchsten Altersgruppen verwitwet oder ledig sind und daher seltener als Männer mit häuslicher Betreuung rechnen können. Resultate aktueller Untersuchungen (Bickel 1995) deuten darauf hin, daß inzwischen etwa 40 % Demenzkranker in Heimen leben, nachdem Anfang der 80er Jahre nur 20 % in Heimen untergebracht waren (Cooper & Sosna 1993). Diese Zahlen decken sich mit Ergebnissen aus vielen anderen Ländern, welche zeigen, daß wenigstens 40 %, zumeist aber um die 50 % und in manchen Fällen sogar bis zu 75 % aller Demenzkranker in Heimen versorgt werden, wobei der Anteil mit dem Schweregrad der Demenz steigt. Bei längsschnittlicher Betrachtung konnte in Mannheim

festgestellt werden, daß 65 % der Betroffenen im Verlauf der Erkrankung in Heime eintraten und dort die letzte Lebenszeit verbrachten, während 35 % bis zu ihrem Tod in Privathaushalten betreut wurden. Etwa 50 % aller Pflegeheimaufnahmen waren wegen einer Demenzerkrankung veranlaßt worden. Der Anteil der Demenzkranken an den Pflegeheimbewohnern belief sich dort auf 64,6 %. Von den Wohn- und Altenheimbewohnern waren 18,4 % dement, so daß der Anteil der Dementen an sämtlichen Heimbewohnern 43,7 % betrug (Bickel 1995). Auch diese Ergebnisse decken sich mit internationalen Studien. Nach diesen Zahlen dürften sich in Deutschland unter den etwa 660 000 Bewohnern in Alteneinrichtungen nahezu 300 000 Demenzkranke befinden.

Nach Erhebungen der Berliner Altersstudien (BASE) sind 18,9 % der leichtdementen, 30,3 % der mittelgradig und 71,1 % der schwerdementen Menschen in Heimen untergebracht. Die Tatsache, daß die Hälfte der Bewohner von Seniorenheimen und zwei Drittel aller Bewohner von Pflegeheimen Demenzkranke sind, stimmt auch mit Daten aus dem Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1994 „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" überein. Bei mehr als der Hälfte der Bewohner und Bewohnerinnen wurde hier eine geistig-seelische Beeinträchtigung angegeben. Mit 30 % wurde am häufigsten genannt, daß Bewohner unter einer dementiellen Erkrankung leiden. Nach Berechnungen des Kieler Instituts für Gesundheitssystemforschung befanden sich bereits 1993 189 000 bis 256 000 Patienten mit Hirnleistungsstörungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

Wie viele Kranke in psychiatrischen Kliniken untergebracht sind, ist nicht genau bekannt. Langzeitversorgung von Pflegefällen wird seit einigen Jahren in diesen Kliniken nicht mehr wie im früheren Umfang geleistet. Die Patienten halten sich deshalb nur vorübergehend dort auf. Grob geschätzt dürften dies zu einem bestimmten Zeitpunkt etwa 10 000 Patienten sein. Das Institut für Gesundheitssystemforschung in Kiel geht dagegen von Schätzungen aus, die die Zahl der Patienten mit Hirnleistungsstörungen in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Geriatrie gemeinsam im Jahre 1993 mit Hilfe amtlicher Statistiken auf rd. 31 500 bis 42 500 veranschlagen. Eine Angabe für Allgemeinkrankenhäuser ist aufgrund der Fluktuation nicht ohne weiteres möglich. Es gibt aber keine Hinweise, daß Demente überproportional häufig in Allgemeinkrankenhäusern untergebracht werden, es sei denn, die Demenz stünde in engem Zusammenhang mit einer Akuterkrankung, z. B. einem Schlaganfall.

19. Ist der Bundesregierung bekannt, in welchem Umfang sich die soziale und finanzielle Situation der pflegenden Angehörigen durch die Betreuung Demenzkranker verschlechtert?

Der Bundesregierung ist im einzelnen nicht bekannt, in welchem Umfang sich die soziale und finanzielle Situation von pflegenden Angehörigen durch die Betreuung Demenzkranker konkret verschlechtert. Erfahrungsgemäß werden pflegende Angehörige Demenzerkrankter aber nicht nur mit hohen physischen und psychischen Belastungen konfrontiert, sondern geraten auch in die Gefahr sozialer Isolierung, weil sie zeitlich und emotional zu sehr belastet sind, um eigene soziale Kontakte in früherem Umfang aufrechtzuerhalten und fördern zu können. Finanziell müssen für eine umfassende Betreuung der Erkrankten nicht selten erhebliche Eigenmittel aufgebracht werden, die den gewohnten Lebensstandard erheblich herabsetzen können. Allgemein bewirkt jedoch die Pflegeversicherung eine grundlegende Verbesserung der sozialen wie auch finanziellen Situation für Angehörige in der häuslichen Pflege. Für Kosten, die darüber hinaus anfallen und von der Pflegeversicherung nicht gedeckt werden, besteht auch weiterhin die Möglichkeit Betroffener, bei Bedürfigkeit Sozialhilfe in Anspruch zu nehmen.

20. Welche unterstützenden bzw. flankierenden Maßnahmen sieht die Bundesregierung, um die pflegenden Angehörigen und auch Pflegekräfte zu entlasten?

Die Leistungen der neuen Pflegeversicherung stehen auch für Demenzkranke bereit, wenn die Voraussetzungen mindestens der erheblichen Pflegebedürftigkeit erfüllt sind.

Höhe der Leistungen in der häuslichen Pflege

	Pflegesachleistung bis zu DM mtl.	Pflegegeld DM mtl.
Pflegestufe I	750	400
Pflegestufe II	1 800	800
Pflegestufe III	2 800*)	1 300

*) In besonderen Härtefällen bis zu 3 750 DM.

Der Pflegebedürftige kann zwischen der Sachleistung und (bei selbst sichergestellter Pflege) dem Pflegegeld wählen. Pflegesachleistung und Pflegegeld können auch kombiniert in Anspruch genommen werden (das Pflegegeld mindert sich dabei um den Anteil der in Anspruch genommenen Pflegesachleistung).

Darüber hinaus sieht das Pflege-Versicherungsgesetz ein ganzes Bündel von Maßnahmen vor, die geeignet sind, pflegende Angehörige zu entlasten. Dies sind:

— Anspruch auf Pflege in einer teilstationären Einrichtung während des Tages oder in der Nacht,

— Pflege durch eine Ersatzpflegekraft bei Verhinderung der Pflegeperson z. B. wegen Krankheit oder Urlaub,

— Aufnahme des Pflegebedürftigen in eine vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung für die Dauer von bis zu vier Wochen.

Sie gewährleisten, daß die Pflegeperson durch die von ihr erbrachten Pflegeleistungen nicht überfordert wird. Sie ermöglichen ihr, neben der Pflege weiterhin einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen. Auch im

Falle krankheits- oder urlaubsbedingter Verhinderung wird die Pflege sichergestellt.

Die Pflegepersonen selbst werden durch das Pflege-Versicherungsgesetz sozial abgesichert. Die Pflegeversicherung entrichtet für sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und berufsständischen Versorgungseinrichtungen; sie bietet zudem den Pflegepersonen während der Zeit, in der diese Pflegeleistungen erbringen, Schutz in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Weiter sorgen die Pflegekassen für die Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die neben der Vermittlung von Fertigkeiten für die häusliche Pflege auch die Unterstützung und Beratung pflegender Angehöriger und anderer an der Pflege interessierter Personen zum Gegenstand haben. Die Hilfsmittelversorgung der Pflegebedürftigen durch die Pflegeversicherung dient ebenfalls dem Zweck, die häusliche Pflege zu erleichtern und damit die Pflegepersonen zu entlasten. Gleiches gilt für die Pflichtpflegeeinsätze, die bei ausschließlichem Bezug von Pflegegeld regelmäßig vom Pflegebedürftigen abgerufen werden sollen und die neben der Qualitätssicherung der häuslichen Pflege vor allem Beratung und Hilfestellung für die pflegenden Angehörigen zum Ziel haben.

21. Auf welche Kenntnisse beruft sich die Bundesregierung bei ihrer Feststellung, daß es in Fällen von Überforderung bei der Pflege von Familienmitgliedern zur Gewaltanwendung kommt, und zeichnet sich hier eine Zunahme dieses Verhaltens ab?

Kenntnisse über Gewaltphänomene in der Familie und vor allem bei der Versorgung pflegebedürftiger Familienmitglieder gehen auf Untersuchungen zurück, in denen pflegende Angehörige sowie pflegebedürftige Familienmitglieder ausführlich befragt wurden. Des weiteren berichten Hausärzte sowie Mitarbeiter ambulanter Dienste oder von Sozialstationen über Hinweise auf Gewalt gegen pflegebedürftige Familienmitglieder. Mit dem Thema Gewalt gegen ältere Menschen im nahen sozialen Umfeld hat sich das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und auch die unabhängige Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission) intensiv befaßt.

Eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte umfassende Opferbefragung hat ergeben, daß enge Beziehungen als Ort von Gewalterfahrung für ältere Menschen bedeutsamer sind als der öffentliche Raum bzw. die Konfrontation mit unbekannten Tätern. Innerfamiliäre Opfererfahrungen stellen danach anscheinend die häufigste Form der Gewalterfahrung älterer Menschen dar. Die Gewaltkommission sieht in Übereinstimmung mit der wissenschaftlichen Fachliteratur die Mißhandlung Älterer als ein mögliches Symptom der Überforderung von Pflegepersonen.

Aus den Gesprächen mit pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Familienmitgliedern, die auch in anderen Untersuchungen durchgeführt worden sind und in denen Gewalt in der Familie indirekt oder ausdrücklich angesprochen wurde, geht hervor, daß zwischen verschiedenen Formen der Gewalt differenziert werden muß, etwa zwischen physischer und psychischer, zwischen offener und verdeckter, zwischen episodisch auftretender Gewalt und zeitlich überdauernder Gewaltbereitschaft, zwischen bewußt eingesetzter und nichtkontrollierbarer Gewalt. Die Berichte von Familienmitgliedern oder Pflegepersonen in Institutionen, die konkrete Gewalt gegen ältere Menschen ausgeübt haben oder die an der Schwelle zur Gewaltanwendung standen, verdeutlichen, daß die tatsächliche oder geplante Vernachlässigung oder Gewaltanwendung am Ende eines langen Prozesses steht. Gewalt ist danach auch das Ergebnis der anwachsenden Belastungen und Einschränkungen der Pflegepersonen, die bis zur körperlichen und seelischen Erschöpfung der Pflegenden führen können.

Die Bundesregierung hat sich bereits mit diesem Problem beschäftigt und wird ihre Aktivitäten auch in Zukunft weiter verstärken, damit Gewaltanwendungen in nahen sozialen Beziehungen aufgrund einer Überforderung bei der Pflege von Familienmitgliedern verhindert werden können. Das ehemalige Bundesministerium für Familie und Senioren hat im September 1993 ein Symposium zur Gewaltproblematik im Seniorenbereich durchgeführt, im April 1995 fand hierzu ein Expertengespräch des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend statt. Im März 1996 ist eine Fachtagung mit in- und ausländischen Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft, Politik und Praxis zum Thema „Gewalt gegen Ältere zu Hause" veranstaltet worden. Die Fachtagung ermöglicht es, vor allem die internationalen Erfahrungen mit in die Überlegungen und Konzepte einzubeziehen. Eine Umsetzung der Ergebnisse und Erkenntnisse der Fachtagung wird verschiedene Schwerpunkte haben. So geht es zu einem darum, die Aufklärung über Gewalt gegen Ältere zu Hause zu fördern, um eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit zu erreichen und das tatsächliche Ausmaß der Gewalt gegen Ältere aus dem Dunkel der Privatsphäre ans Licht und in den Blick der Öffentlichkeit zu befördern. Neben dieser Ausleuchtung des Dunkelfeldes geht es aber auch um vorbeugende Maßnahmen, um Hilfe für die Opfer und darum, verhaltenstherapeutische Arbeit mit den Gewaltanwendern und staatliches Eingreifen miteinander zu verbinden. Hier können Erkenntnisse, die aus der Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder und Frauen vorliegen, wegweisend sein. Außerdem ist ein Modellprojekt im Bereich „Gewalt gegen Ältere in nahen sozialen Beziehungen" geplant.

Das Problem der in engen Beziehungen ausgeübten Gewalt ist sehr ernst zu nehmen. Es handelt sich allerdings nicht um ein Massenphänomen.

Die bislang vorliegenden Erkenntnisse lassen eine prognostische Aussage zur Entwicklung des Gewaltverhaltens in Pflegebeziehungen nicht zu.

22. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob es Qualitätsrichtlinien für die ambulante Versorgung Demenzkranker durch professionelle Pflegedienste gibt?

Einer Festschreibung und Kontrolle von Qualitätsrichtlinien in der ambulanten Versorgung Demenzkranker kommt besondere Bedeutung zu in Anbetracht sowohl der besonderen Bedürfnisse Demenzkranker wie auch einer krankheitsbedingten fehlenden Fähigkeit, erbrachte Pflegeleistung kritisch zu bewerten und sich ggf. zur Wehr zu setzen.

Eine Befragung der Bundesländer zu Qualitätsrichtlinien in der ambulanten Versorgung Demenzkranker hat ergeben, daß die Länder in der Regel Fach- und Förderrichtlinien für Sozialstationen erlassen haben und diese Richtlinien, soweit Sozialstationen Demente versorgen, auch für diesen Personenkreis gelten. Spezifische Anforderungen liegen jedoch nicht vor. Von seiten des Diakonischen Werkes wurde mitgeteilt, daß Standards für die Versorgung Demenzkranker von den Landesverbänden erarbeitet werden sollen.

Nach § 80 SGB XI haben die Pflegekassen zusammen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Qualitätsrichtlinien für die ambulante Versorgung Pflegebedürftiger zu entwickeln. Der noch nicht verabschiedete Entwurf einer derartigen Vereinbarung für den Bereich der ambulanten Pflege enthält keine besonderen Vorschriften für die Versorgung Dementer.

Aus den Erfahrungen alltäglicher Arbeit sind allerdings in Fachkreisen wiederholt Versuche einer Formulierung von Qualitätsmerkmalen pflegerischer Versorgung Demenzkranker unternommen worden; als ein Beispiel seien die im Juni 1995 von der Expertengruppe des Hamburger Modellprogramms Stationäre Dementenbetreuung vorgelegten Hamburger Thesen zur angemessenen Betreuung von demenzkranken älteren Menschen genannt.

Die Sicherstellung einer besonderen Atmosphäre, welche vor allem emotionale Wertschätzung und Zuwendung vermittelt, hat sich dabei als grundlegende Voraussetzung herauskristallisiert. Hierzu gehören aber auch eine streßarme, überschaubare und behagliche Umgebung, eine ausreichende Anzahl kompetenter Mitarbeiter, die sich Rhythmus und Tempo der Betreuten anzupassen vermögen und eine verläßliche Kontinuität der unmittelbaren Beziehung bieten, sowie therapeutische Angebote, die sich an biographischen Besonderheiten und individuellen Vorlieben orientieren.

Grundsätzlich wird es erforderlich werden, die Begleitforschung hinsichtlich der qualitativen Effizienz unterschiedlicher Versorgungsangebote und Strukturen zu forcieren, um das Bedingungsgefüge optimaler Betreuung weiterentwickeln zu können.

23. Wie beurteilt die Bundesregierung die Forderung nach neuen, ergänzenden Versorgungsstrukturen im psychiatrischen Bereich mit dem Ziel, eine breite ambulante Versorgung der Demenzkranken zu erreichen?

Der überwiegende Teil dementer Menschen mit Pflegebedarf wird trotz aller Schwierigkeiten über lange Zeitabschnitte zu Hause versorgt. Gerade für psychisch erkrankte ältere Menschen und insbesondere Menschen mit hirnorganischen Störungen vermag sich ein Verbleiben in der gewohnten häuslichen Umgebung bei einer Kontinuität der Betreuung häufig stabilisierend und therapeutisch günstig auszuwirken. Ohne professionelle Beratung und Unterstützung Betroffener und Angehöriger durch ambulante Versorgungsstrukturen und teilstationäre Angebote läßt sich dieses Ziel nicht erreichen. Die Bundesregierung will deshalb die Rahmenbedingungen für dieses ambulante Versorgungsgefüge soweit stärken, daß die häusliche Pflege in den Familien auch weiterhin gesichert ist.

Wichtige Voraussetzungen für den Ausbau einer ambulanten gerontopsychiatrischen Betreuung hat sie bereits im Gesundheitsstruktur- und im Pflege-Versicherungsgesetz mit dem Vorrang ambulanter vor stationärer Leistung geschaffen. Doch dürfen die Grenzen ambulanter Versorgung nicht übersehen werden. Sie werden mitbestimmt durch weitere Veränderungen der Bevölkerungsstruktur und damit der Pflegesituation (Schrumpfung familiärer Ressourcen, gleichzeitige Erkrankung höchstaltriger Eltern und bereits alter Kinder), den jeweils individuellen Krankheitsverlauf, sowie durch die Wahrscheinlichkeit, daß in Folge verbesserter Versorgungs- und Lebensbedingungen Demenzkranker ein höheres Stadium der Erkrankung mit entsprechend mehr und schwierigerer Symptomatik erreicht wird.

Die derzeitige gerontopsychiatrische Versorgungssituation ist dadurch gekennzeichnet, daß bestehende Angebote auf die besonderen Bedürfnisse Demenzkranker noch nicht in ausreichendem Maß eingerichtet sind. Dieses Defizit bezieht sich sowohl auf quantitative wie auf qualitative Aspekte. Eine begleitende Versorgungsforschung im engeren Sinne, die optimale gerontopsychiatrische Strukturen eruiert, entsteht erst in Ansätzen. Dennoch haben sich seit den Forderungen der Psychiatrie-Enquete 1975 nach gemeindenaher Versorgung, bedarfsgerechter und umfassender Versorgung aller psychisch Kranker und Behinderter, Koordination aller Versorgungsdienste sowie Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken und den Empfehlungen der Expertenkommission von 1988 mit der Forderung nach einem sorgfältig abgestuften System dezentral organisierter Hilfen und begleitender Angebote, orientiert an den Bedürfnissen der Patienten, wesentliche Veränderungen ergeben. Die Bundesregierung stellt in ihrer Antwort auf die Große Anfrage zur Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland vom 18. Dezember 1992 fest, daß sich die ambulante Versorgung durch den Ausbau gemeindeintegrierter, teilstationärer, ambulanter und komplementärer Behandlungsangebote einschließlich der im Gesundheits-Reformgesetz geregelten Tages-

kliniken und Institutsambulanzen grundlegend verändert und verbessert habe. Sie räumt jedoch auch ein, daß dieses Angebot nicht flächendeckend besteht und daß zwischen einzelnen Bundesländern und auf regionaler Ebene erhebliche Unterschiede zu verzeichnen sind. Die Verantwortung dafür wird bei den Ländern und in der Problematik von Finanzierungszuständigkeiten gesehen.

Die Bundesregierung hält es für angebracht, an diesen bereits bestehenden Strukturen anzusetzen, um sie im Hinblick auf die speziellen Bedürfnisse Demenzkranker und ihrer Angehörigen weiterzuentwickeln und sinnvoll auszubauen. Dabei geht es nicht nur um eine Vermehrung teilstationärer Betreuungsplätze und um die Erprobung alternativer vorstationärer Versorgungsformen (Wohngruppen), sondern vor allem um eine Verstärkung fachlicher Kompetenz professioneller Versorger im ambulanten Bereich sowie um Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige, wie sie in Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bereits existieren. Auch hierzu halten sowohl SGB V als auch SGB XI Leistungsgrundlagen vor. Als weiteres bewährtes Element im Netz ambulanter Versorgung sind darüber hinaus die ehrenamtlich tätigen Betreuer zu nennen. Gemäß dem neuen Betreuungsrecht gehört der persönliche Kontakt zum Betreuten mit zu ihren Aufgaben und ermöglicht ihnen so, Schutz und Fürsorge bei einem größtmöglichen Maß an Selbstbestimmung zu gewährleisten. Um diese Regelung breitenwirksam mit Leben erfüllen zu können, bedarf es allerdings neben intensiver Ermutigung potentieller Betreuer auch einer grundsätzlichen Stärkung des Ehrenamts.

Beide Aufgaben hat die Bundesregierung bereits erkannt und in Angriff genommen.

Die Bundesregierung ist angesichts der oben skizzierten Situation der Ansicht, daß es keiner grundsätzlich neuer Strukturen bedarf, um eine breite ambulante Versorgung Demenzkranker zu sichern. Es wird allerdings erforderlich sein, vorhandene Versorgungselemente entsprechend den Bedürfnissen der speziellen Klientel auszubauen und über eine Koordinierung zu einer Vernetzung zu gelangen, um ein Verbundsystem ganzheitlicher Betreuung zu schaffen. Einen Lösungsansatz integrierter Versorgung für alte Menschen mit psychischen Veränderungen stellt das Gerontopsychiatrische Zentrum dar, bestehend aus Tagesklinik, ambulantem Dienst und Altenberatung, welches von der Expertenkommission 1988 für jede Versorgungsregion gefordert wurde. Gerontopsychiatrische Zentren vermögen Lücken zwischen ambulanten, komplementären und stationären Behandlungseinrichtungen zu schließen und als Motor für eine Weiterentwicklung und Koordinierung der Versorgungsbausteine zu wirken. Ob neben den wenigen bereits bestehenden Gerontopsychiatrischen Zentren (Bonn, Gütersloh, Kaufbeuren und Münster) weitere entstehen, wird auch von regionalen Bedürfnissen und Gegebenheiten abhängen und muß auf Länderebene entschieden werden.

24. Ist der Bundesregierung bekannt, daß aufgrund unterschiedlicher Sachkompetenz der Gutachterrunde oder unklarer Verwaltungsvorschriften fehlerhafte Eingruppierungen von Demenzkranken in die Pflegestufen der Pflegeversicherung erfolgen?

Die Pflegeversicherung stellt seelische und geistige mit körperlichen Ursachen der Pflegebedürftigkeit gleich. Dies findet seinen Niederschlag zum einen in der Definition von Pflegebedürftigkeit, zum anderen wird der besonderen Struktur des Hilfebedarfs auch Demenzkranker dadurch Rechnung getragen, daß Hilfe in Form von Anleitung oder Beaufsichtigung bei den täglichen Verrichtungen in gleicher Weise Berücksichtigung findet wie die unmittelbare Übernahme oder Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens. Die Begutachtung orientiert sich an rechtlichen Begutachtungskriterien; dazu gehören neben dem SGB XI selbst die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 7. November 1994, geändert durch den Beschluß vom 21. Dezember 1995, die Härtefall-Richtlinien ambulante Pflege der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 10. Juli 1995, geändert durch den Beschluß vom 19. Mai 1995, und die Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI" vom 29. Mai 1995. Begutachtungsrichtlinien und -anleitung für die Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes berücksichtigen auch die Problematik, die bei der Beurteilung des Pflegebedarfs Demenzkranker entsteht.

Obwohl die Einbindung gerontopsychiatrischen Sachverstands in den konkreten Begutachtungsprozeß durchaus wünschenswert ist, lassen Kapazitätsgründe ein solches Verfahren in der Regel nicht zu. Die Tatsache, daß MDK-Gutachter unterschiedliche Fachkompetenz aufweisen, muß aber nicht grundsätzlich zu fehlerhaften Eingruppierungen führen. Der MDK (Medizinische Dienst der Krankenversicherungen) hat seine Gutachter durch Schulungsveranstaltungen intensiv auf ihre neuen Aufgaben vorbereitet. Zweifel an der insgesamt guten Arbeit des Medizinischen Dienstes sind nicht berechtigt. So belegen aktuelle Daten des Ersten Pflegeberichts des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände, daß die häufigste pflegebegründende Einzeldiagnose in allen Pflegestufen die Demenzerkrankung ist und mit zunehmendem Hilfebedarf die Bedeutung psychiatrischer und neurologischer Erkrankung zunimmt. Die ersten statistischen Auswertungen von 160 000 Gutachten durch drei Medizinische Dienste (Rheinland-Pfalz, Thüringen, Westfalen-Lippe) für den bereits erwähnten Ersten Pflegebericht haben nicht bestätigt, daß geistig behinderte Menschen bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit benachteiligt werden. Es konnte vielmehr im Gegenteil festgestellt werden, daß Antragsteller mit hirnorganischen und psychischen Erkrankungen im Vergleich zu Pflegebedürftigen mit anderen Erkrankungen gehäuft den höheren Pflegestufen II und III zugeordnet und seltener abgelehnt werden. So entfallen z. B. in Pflegestufe I 32 %, in Pflegestufe II 36,9 % und in Pflegestufe III 50,3 % der Leistungen auf Personen mit hirnorganischen und psychischen Erkrankungen.

Dennoch rückt die Begutachtung Demenzkranker durch den Medizinischen Dienst immer wieder in den Mittelpunkt der Kritik. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat hierzu in einer Erklärung wie folgt Stellung genommen:

Erklärung zur Begutachtung geistig Behinderter und psychisch Kranker

Pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in mindestens erheblichem Maße der Hilfe bedürfen. Das Ausmaß des Hilfebedarfs bei diesen Verrichtungen kann nur bei jedem einzelnen Hilfsbedürftigen nach den individuellen Besonderheiten seines Einzelfalles festgestellt werden. Insbesondere für psychisch Kranke und geistig Behinderte gehören Beaufsichtigung und Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme der Verrichtungen zu den Hilfeleistungen in diesem Sinne.

Nach den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen haben sich Beaufsichtigung und Anleitung auch darauf zu richten,

- körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten,
- Eigen- oder Fremdgefährdung zu vermeiden,
- Ängste, Reizbarkeit oder Aggressionen abzubauen.

Den Zeitaufwand für die Hilfe bei den einzelnen Verrichtungen hat der Gutachter des Medizinischen Dienstes in jedem Einzelfall individuell zu erheben und entsprechend in seinem Gutachten zu bewerten. Eine Vorgabe von Standardzeiten für die einzelnen Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens gibt es dafür nirgendwo, derartige Vorgaben lassen sich auch nicht aus Art oder Schwere von Erkrankungen oder Schädigungen ableiten. Schon in der Begründung zum Pflege-Versicherungsgesetz (Drucksache 12/5262, S. 96) wird darauf hingewiesen, daß der Aufwand für die Hilfeleistungen im Sinne von Beaufsichtigung und Anleitung bei psychisch Kranken und geistig Behinderten häufig höher anzusetzen ist als die Pflegeleistungen bei organisch kranken Personen.

Die Bundesregierung wird darauf hinwirken, daß geistig Behinderte und psychisch Kranke – wie alle Pflegebedürftigen – entsprechend diesen Vorgaben möglichst einheitlich begutachtet und eingestuft werden, das heißt, unter voller Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten und der konkreten Lebenslage.

25. Wie beurteilt die Bundesregierung den Kenntnisstand der niedergelassenen Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin und der Fachärzte über die Demenzerkrankungen?

Bei der Früherkennung von Demenzen, der Einleitung geeigneter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie bei der Beratung und Begleitung im Krankheitsverlauf kommt den niedergelassenen, in hausärztlicher Funktion tätigen Ärzten eine Schlüsselfunktion zu, da sie regelmäßigen Kontakt mit der überwiegenden Mehrheit der Altenbevölkerung haben und deshalb nicht nur am besten in der Lage sind, Veränderungen geistiger Leistungsfähigkeit und Verhaltensauffälligkeiten wahrzunehmen, sondern auch als Vertrauensperson von Angehörigen angesprochen werden können, wenn Betroffene selbst kein Krankheitsbewußtsein entwickeln. Nur frühzeitige Diagnose und therapeutische Intervention wahren die Chance, den Krankheitsprozeß aufzuhalten, Ausfälle zu kompensieren und Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Jedoch sind die ersten Anzeichen von Hirnleistungsstörungen schwierig zu erkennen, und sie erfordern viel an ärztlicher Erfahrung und Einfühlungsvermögen. Die Wahrnehmung hirnorganischer Einschränkungen als Störung von Krankheitswert ist zudem durch ein fälschlicherweise defizitorientiertes Altersbild erschwert. Störungen von Auffassungs- und Gedächtnisfunktion werden noch zu häufig als normale Begleiterscheinung des Alterns bagatellisiert. Es ist deshalb weiterhin ein wichtiges seniorenpolitisches Ziel der Bundesregierung, der Allgemeinheit ein differenziertes und realistisches Bild des Alters zu vermitteln.

Zum Kenntnisstand der Hausärzte über Demenzerkrankungen sind der Bundesregierung Ergebnisse mehrerer wissenschaftlicher Erhebungen bekannt. So zeigen Repräsentativuntersuchungen aus den letzten zwei Jahren, daß Diagnose, Differentialdiagnose und Frühdiagnose von Demenzerkrankungen bislang nur in Ansätzen im niedergelassenen Bereich betrieben wird und daß im therapeutischen Bereich überwiegend medikamentös behandelt wird. Eine andere Studie aus dem Jahre 1993 ergab aber, daß die Fähigkeit der Hausärzte, Demenzerkrankungen auch leichteren Grades unter Zuhilfenahme eines einfachen Leitfadens zu erkennen, die Erwartungen deutlich übertraf. An einem Modellprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Innungskrankenkassen Dortmund/Lünen, welches zur Verbesserung von Diagnose und Therapie von Altersdemenzen beitragen soll, konnten aus Kapazitätsgründen nur 40 von wesentlich mehr interessierten niedergelassenen Haus- und Fachärzten der Region beteiligt werden. Die Bundesregierung geht deshalb davon aus, daß die in den letzten Jahren erarbeiteten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Demenzerkrankungen zunehmend auch Eingang in die haus- und fachärztlichen Praxen finden.

Die Fort- und Weiterbildung von Ärzten liegt aufgrund verfassungsrechtlicher Kompetenzverteilung im Zuständigkeitsbereich der Länder. Hinsichtlich der Weiterbildung ergibt sich nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992, daß die Klinische Geriatrie als fakultative Weiterbildung für die Gebiete der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie vermittelt wird. Inhalte der Klinischen Geriatrie umfassen laut Muster-Weiterbildungsordnung neben der Prävention die Erkennung, Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter, die im besonderen Maße zu dauernden Behinderungen und zum

Verlust der Selbständigkeit führen, unter Anwendung der spezifischen geriatrischen Methoden in stationären Einrichtungen mit dem Ziel der Wiederherstellung größtmöglicher Selbständigkeit.

Neben der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie" gehört auch zu der allgemeinen Definition der Allgemeinmedizin die ärztliche Betreuung von chronisch Kranken und von alten Menschen sowie die Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Kranken. Inhalte und Ziel der Weiterbildung sind gemäß Muster-Weiterbildungsordnung die Vermittlung, der Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie und Symptomatologie von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters. Dazu gehören unter anderem die spezielle geriatrische Therapie von körperlichen und seelischen Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Alter, insbesondere von Demenzerkrankungen.

Bei der Definition der Inneren Medizin werden neben der Aufzählung der Behandlung von Erkrankungen ausdrücklich die für das höhere Lebensalter typischen Erkrankungen erwähnt. Diese Grundlagen bieten nach Ansicht der Bundesregierung geeignete Ansätze, den Kenntnisstand bezüglich der Gerontopsychiatrie und insbesondere zu Demenzerkrankungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung systematisch weiter auf- und auszubauen. Dies ist eine Aufgabe, die hauptsächlich den Universitäten, den Bundes- und Landesärztekammern obliegt.

26. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Fortbildungsmaßnahmen der Ärztekammern über Demenzerkrankungen, und hält sie diese Veranstaltungen bzw. die Publikationen in ärztlichen Fachzeitschriften zur Information für ausreichend?

Das Thema Alter und hier insbesondere unter dem Aspekt der Demenzerkrankungen ist seit vielen Jahren Thema von Fortbildungsmaßnahmen und Publikationen.

In den vergangenen 17 Jahren führte die Bundesärztekammer jährlich das interdisziplinäre Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin" durch. Auf diesem Forum werden Schwerpunktthemen, unter anderem auch die Geriatrie, dargestellt, die dann im weiteren Verlauf auch Eingang in die Fortbildungsmaßnahmen auf Länderebene finden. Der Themenbereich „Geriatrie" wird regelmäßig unter verschiedenen Aspekten behandelt, wobei das Problem der Demenzerkrankung einen Aspekt der Geriatrie darstellt. Neben den vielfältigen Fortbildungsmaßnahmen im Kammerbereich bieten auch die medizinischen Fachgesellschaften Fortbildungsveranstaltungen an. Hierzu zählen die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie sowie die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie.

Zum Thema Alter sind in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 34 Zeitschriften erhältlich, davon zehn deutschsprachige.

Im Jahre 1994 veröffentlichte die Bundesärztekammer in der Reihe „Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung" ein Curriculum für ein Fortbildungsseminar in Geriatrie. In diesem Zusammenhang sind auch die Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt zu erwähnen, da diese Zeitschrift jedem Arzt zugeht. Der 98. Deutsche Ärztetag hat die Ärztekammer aufgefordert, auf einem der nächsten Ärztetage über das Thema „Gesundheit im Alter" zu berichten. Folgende Fragen werden in einem Arbeitskreis des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation" unter anderem behandelt:

- Organisation der stationären, ambulanten Behandlung und deren effizienter Verzahnung,
- Demographische Entwicklung in Deutschland und Europa und die entsprechenden Morbiditätsdaten alter Menschen,
- Einführung von Lehre und Forschung in der Geriatrie,
- Pharmakologie im Alter,
- Prophylaxe von Alterskrankheiten,
- Mißhandlung alter Menschen.

Aus den obigen Ausführungen ergibt sich, daß Demenzerkrankungen seit vielen Jahren Thema von Fortbildungsmaßnahmen und Publikationen sind und einen wichtigen Stellenwert einnehmen.

27. Ist nach Ansicht der Bundesregierung die Vermittlung der Erkenntnisse über Demenzerkrankungen in die ärztliche Ausbildung auf wissenschaftlicher Grundlage auch genügend praxis- und patientenbezogen in bezug auf Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation integriert?

Die geltende Approbationsordnung nimmt auf Demenzerkrankungen nicht ausdrücklich Bezug. Dennoch werden Aspekte dieser Problematik vielfältig in den Ausbildungs- und Prüfungsstoff einbezogen. So gehören in der vorklinischen Ausbildung die Grundlagen der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie, im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung altersspezifische Aspekte in Diagnostik und Therapie, im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung geriatrische Fragestellungen zum Ausbildungs- und Prüfungsstoff. Die Grundlagen für die Integration der Vermittlung der Kenntnisse über Demenzerkrankungen hinsichtlich der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation in der ärztlichen Ausbildung sind damit grundsätzlich gegeben. Inwieweit diese Vorgaben eine ausreichende inhaltliche Ausgestaltung erfahren, liegt in der Verantwortung der einzelnen Hochschulen. Das Angebot hängt somit auch von der Interessenlage und den Forschungsschwerpunkten der Hochschulen und dem verfügbaren Lehrpersonal mit entsprechender Qualifikation ab.

Im übrigen ist beabsichtigt, im Zuge einer Reform des Medizinstudiums die Ausbildung soweit wie möglich praxis- und patientenbezogener zu gestalten.



Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333